Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

55350

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES,
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHEQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNERALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ETRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÈNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.
JOURNAL DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MEDECINE LEGALE;
BULLETIN GÉNERAL DE THÉRAPEUTIQUE MEDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES MÉMOIRES, THESES, ETC.

TOME VINGT-HUITIÈME.

DECEMBRE 1834.

Bruxelles,
ETABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

OCTOBRE ET NOVEMBRE 1834.

N° D'OCTOBRE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Généralités sur le diagnostic et le traitement des surdités de naissance, et sur le choix des sujets qui doivent être mis en traitement; par le docteur DELEAU jeune, médecin de l'hospice des Orphelins pour le traitement des maladies de l'oreille.

S'il est des maladies dont les causes prochaines sont plus ou moins cachées; s'il en existe encore qui réclament un traitement préparatoire, explorateur du siége, de la nature, de l'intensité des lésions qui dérangent les fonctions, il faut, sans contredit, mettre au premier rang les affections de naissance ou du bas âge qui occasionent la surdi-mutité.

Mais avant de rechercher ces causes prochaines, il faut constater l'existence de cette surdité pendant les premiers mois qui suivent la naissance, ce qui n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire.

La vivacité d'un jeune sourd-muet, âgé de quatre à huit mois, son extrême attention à observer des yeux ce qui se passe autour de lui, la prestesse de ses mouvemens, ses réponses si bien écrites dans l'expression de ses traits, en imposent facilement aux personnes qui n'ont jamais observé des êtres dans la même position que lui. A neuf mois, ce qui est encore un nouveau sujet d'illusion, il commence même à articuler des sons; il apprend sur les lèvres de sa mère nourricière, le nom papa, il y joint quelquefois celui maman, et il serait capable d'en imiter d'autres, si, moins empressé à l'instruire, on suivait une méthode analytique et surtout en évitant de lui adresser des phrases composées comme on le fait pour celui qui jouit de la faculté d'entendre...

Quels sujets d'illusions pour une mère! son élève est parfait, il possède tous ses sens; pour elle, répéter deux mots c'est parler, et ce seul indice lui enlève toute crainte de mutisme que n'indiquent cependant que trop un sommeil profond au milieu du bruit et l'inattention aux sons vocaux proférés à une certaine distance et derrière ce jeune sujet présumé sourd-muet.

Ces premiers mois d'incertitude sont très-préjudiciables à la recherche de la cause de la surdité et même au traitement qu'on devra lui opposer par la suite; car ce laps de temps a fait oublier soit des accidens survenus pendant les grossesses, soit des maladies, des indispositions qui ont suivi la naissance, comme un rhume, une coqueluche, une fluxion légère, un coup à la tête, etc. Si de telles causes déterminantes étaient connues dès leur origine, le médecin n'hésiterait pas de pronostiquer une guérison, parce qu'il pourrait souvent prévenir les altérations organiques qui succèdent presque toujours à ces phlegmasies latentes, bornées à un tissu, à un organe de peu d'étendue, isolé par position et par sympathie.

Il est donc d'une grande importance de constater l'existence d'une surdité chez les enfans âgés de trois ou quatre mois. Les parens qui ont des sourds-muets dans leur famille y parviennent sans peine. Ce sont eux qui nous indiquent les signes les plus certains. Tourmentés par la crainte d'être affligés du même malheur, ils observent avec une attention scrupuleuse, non-seulement le peu d'empressement que l'enfant apporte à se tourner vers les lieux où l'on fait du bruit, à répondre à la voix de sa nourrice, à sourire aux sons mélodieux d'un instrument, mais ils guètent plutôt encore, et c'est là leur signe certain, le premier mouvement mimique qui lui échappera...

Doué d'une intelligence précoce, ce jeune infirme ne manquera pas de le faire vers le cinquième mois; si ce n'est en employant ses petites mains, c'est avec ses regards perçans tout brillant d'expression et de pensées...

Voilà les seuls renseignemens que l'on peut espérer. Il ne faut rien attendre de direct de sa part; son extrême jeunesse, son mutisme, interdisent toute question. Il ne rendra aucun compte des expériences exploratrices auxquelles on voudra le soumettre.

Après avoir fait sentir l'urgence de constater l'existence de l'infirmité qui conduira infailliblement au mutisme, recherchons les signes qui nous feront connaître l'organe ou la portion d'organe malade, et tâchons de nous rendre compte du mode d'action de cet état maladif sur la sensibilité auditive.

On nous présente un enfant : quelle est la cause de sa surdi-mutité ? il a des parens sourds-muets, sa mère a éprouvé une frayeur pendant la gestation, ou un muet

s'est offert à ses regards; l'accouchement a été laborieux; le produit était faible et peu développé; il a bu du mauvais lait: sa figure, le cuir chevelu, se sont couverts d'une éruption dite laiteuse, il a éprouvé des convulsions; il a fait une chute; la dentition a été orageuse, etc.

Mais quel a été le mode d'action de ces dérangemens de santé sur l'organe de l'ouïe; quelles traces y reste-t-il encore et comment les constater?

Des faits bien observés vont nous servir à démontrer comment on peut y parvenir. Je connais une famille du midi de la France dont chaque génération a donné naissance à un ou deux sourds-muets. Les plus jeunes appartiennent à Mme Griolet qui habite Paris. Son fils aîné a été en pension chez moi; son plus jeune est mort à la suite d'une maladie du ventre; j'en ai fait l'autopsie; il était privé des osselets nommés étriers. Voilà une cause héréditaire de surdi-mutité.

Mullener est admise à l'hospice des orphelins depuis sa plus tendre jeunesse; on a toujours ignoré l'origine de sa surdi-mutité.

Dussault a apporté en naissant une éruption dartreuse et une cophose complète.

Eugène Lecomte fut le produit d'un accouchement laborieux; je l'avais cru hydrocéphale; à l'âge de dix mois, il était sourd-muet.

La jeune de la P... avait perdu une oreille à la suite d'une chute, etc.

Ce nombre de surdi-mutités dues à des causes variées, suffit pour nous exercer dans la recherche des lésions de l'organe de l'ouïe et pour établir d'abord une comparaison entre mes moyens explorateurs et les conjectures des médecins qui se sont livrés avant moi à l'étude des maladies de l'oreille. C'est surtout sur ce dernier point que je désire fixer l'attention des personnes chargées de juger mes travaux, (Les Membres de l'Académie des Sciences à laquelle ce mémoire a été adressé).

Voici d'abord les moyens étiologiques proposés par le docteur Itard dans son traité des maladies de l'oreille. Afin de ne pas en altérer le texte, je cite ses propres paroles.

« Les causes de la surdi-mutité ne seront jamais que » très-imparfaitement connues, et cela surtout, par les » raisons mêmes qui m'ont fait confondre, sous ce nom, » celle qui date de la naissance et celle qui survient » dans le bas âge, c'est-à-dire l'impossibilité de savoir » si l'enfant est né sourd ou s'il l'est devenu dans les » deux premières années de sa vie... Mais lors même que » toute incertitude est levée sur l'origine de la surdi- » mutité, il reste à résoudre un problème non moins » important et plus difficile encore, savoir : si l'oreille » est paralysée, ou si ses fonctions sont seulement en- » travées par quelques lésions organiques, quelques ob- » stacles matériels, etc.

Après avoir prouvé que ces obstacles et ces lésions organiques sont les mêmes que celles que l'on observe chez l'adulte, M. Itard renvoie aux généralités où il traite de l'étiologie de la surdité, voici ce qu'on y lit :

« Fort souvent malgré l'investigation dirigée par la » plus rigoureuse analyse (p. 64; v. 2), on reste dans » l'incertitude sur la cause matérielle de la cophose » qu'il s'agit de combattre : et c'est ici le lieu de tracer » la marche expérimentale qu'il faut suivre dans ces » cas embarrassans.

« Ainsi qu'on le pratique pour éclaircir le diagnostic » de la plupart des maladies, on cherche à s'assurer si » la lésion du sens auditif est circonscrite dans l'organe, » ou si elle tient à quelque disposition morbide d'un » des grands systèmes. Dans ce dernier cas, on s'atta- » che à combattre et à détruire cette cause générale, » et l'on observe soigneusement ce que la cessation ou » la diminution de la maladie primitive produit sur » l'organe de l'ouïe. S'il n'en résulte aucun avantage, » on se rattache à la supposition de quelque lésion lo- » cale; on la cherche dans le voisinage ou dans les re- » lations sympathiques de l'organe, comme dans l'état » des amygdales, le travail de la dentition, un catar- » rhe chronique de la membrane pituitaire, et l'on » traite la surdité en ramenant ces parties à leur état » sain. Si ces causes n'existent point ou n'existent plus, » on est ramené à conclure que la cause de la surdité » est dans l'oreille ou dans le cerveau. Des maux de » tête, des vertiges, et souvent l'affaiblissement de la » mémoire, annoncent que le siége de la lésion qui » donne lieu au dérangement de l'ouïe est dans la tête; » et c'est alors le cas des stimulans dérivatifs, indiqués » dans les congestions et les irritations de l'encéphale. » Enfin, lorsque rien n'annonce un état maladif du » cerveau, voyez si le conduit auditif est libre, si la » membrane du tympan est transparente, si la caisse ne » renferme aucune cause amovible de surdité, si les » trompes d'Eustache ne sont pas obstruées; et, si toutes » ces parties sont dans l'ordre naturel, concluez que la » cause de la surdité est dans le labyrinthe. Il ne reste » plus alors qu'à attaquer cette cause par deux espèces » d'agens curatifs qui embrassent presque toutes les » médications possibles : les dérivatifs et les stimu- » lans, etc. »

Rapprochons de ces préceptes généraux d'investigation, les exemples de surdi-mutité que j'ai cités, et voyons comment nous arrivons à connaître la cause matérielle prochaine de la surdité; comment constaterons-nous son siége et son étendue?

Des cinq individus mentionnés, Dussault est le seul qui offre une affection concomitante de la surdité; mais, les dartres guéries, il s'est trouvé aussitôt dans le cas de ses camarades d'infortune.

Chez tous on ne remarque aucun état maladif dans les organes qui avoisinent ceux du sens auditif; les amygdales, la pituitaire sont dans l'état naturel, aucun traitement n'est encore applicable et nous restons toujours sans indication. Seulement nous pouvons conclure d'après les préceptes donnés, que la cause de la surdité est dans l'oreille ou dans le cerveau.

La mémoire est bonne, point de vertiges, point de maux de tête, etc. : arrêtons-nous à l'oreille. Est-ce la trompe, ou la caisse, ou le labyrinthe qui est malade? Nous voilà enfin arrivés par abstraction à la question

importante, à celle qui va décider le traitement à suivre. Si le labyrinthe renferme la cause matérielle de la surdité, l'incurabilité est patente. Si au contraire c'est l'oreille moyenne, on peut espérer. Il est donc urgent d'établir son diagnostic avec précision. Pour y parvenir, MM. Itard et feu Saissy indiquent les injections d'eau portées dans la caisse du tambour. Je ne ferai aucune réflexion sur les conséquences de cet essai ; il faut lire les expériences du premier de ces médecins et l'examen que j'en ai fait ; il sera facile alors de préjuger l'état dans lequel seraient tombés les organes auditifs des enfans, Dussault, le Comte, Griolet, etc.

D'autres médecins (et beaucoup l'ont mis en pratique), proposent de tenter des traitemens explorateurs ; d'employer des remèdes empiriques qui indiqueront, par les changemens qu'ils apporteront dans l'ouïe, la nouvelle marche que l'on aura à suivre. Mais si on prend ce parti on est obligé d'employer de suite des moyens violens qui ne sont pas toujours sans dangers, tels que le moxa, les sétons, les purgatifs drastiques ; je dis violens, car que pourrait-on espérer d'une médication moins énergique qui ne serait pas en rapport avec l'ancienneté, la gravité de l'affection ? Un praticien instruit sait trop bien que l'appareil auditif affecté depuis des années, dans son centre, dans ses canaux déliés, ne peut être débarrassé d'une maladie invétérée par des dérivations simples qui toucheraient à peine la partie qui les recevrait, comme par exemple des vésicatoires volans, des frictions irritantes, des vapeurs chaudes, une salivation, etc.

Voyez donc où nous conduiraient encore de tels essais faits sur nos cinq jeunes sourds. Griolet, qui vraisemblablement conformé comme son frère, n'a pas d'étrier, supporterait des douleurs atroces ; on le verrait couvert de moxas, et un jour, si on faisait l'ouverture de son corps, en rencontrant un organe auditif imparfait, que penserait-on de ce traitement explorateur ?

(*La suite au prochain numéro*).

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

—

Résumé des leçons de M. le professeur Alibert sur les maladies de la peau.

(TROISIÈME ARTICLE.)

HERPES FURFURACEUS CIRCINATUS, dartre furfuracée arrondie (*psoriasis et lepra vulgaris de Willan et Bateman*).

Le genre *herpes* contient deux espèces principales ; *l'herpes squameux*, dont nous avons décrit les principales variétés dans le précédent article, et *l'herpes furfuraceus* qui va nous occuper actuellement.

M. Alibert le divise en deux variétés :

A. *L'herpes furfuraceus volitans, dartre furfuracée volante*, connue du vulgaire sous la dénomination assez juste de *dartre farineuse*, et dans l'école de Willan sous celle de *pityriasis*. Cette affection est par elle-même assez légère bien que rebelle dans un assez grand nombre de cas : il est rare de voir les malades venir, même aux consultations, réclamer des soins dans les hôpitaux ; nous n'en dirons qu'un mot, ce sera pour faire remarquer que cette dartre caractérisée par une furfuration qui occupe des surfaces irrégulières plus ou moins étendues sans changemens dans l'épaisseur et la coloration de la peau, du moins dans la majorité des cas, et dont le siége ordinaire est le système pileux de la face ou de la tête, ne peut être confondue avec celle qui fait le sujet de cet article. Nous passons immédiatement à la seconde variété, qui est bien autrement intéressante tant sous le rapport des symptômes que sous celui de la thérapeutique.

B. *Herpes furfuraceus circinatus, dartre furfuracée arrondie.* Cette maladie dans la nomenclature de Willan répond à la fois à plusieurs formes du *psoriasis* et au *lepra vulgaris* dont il a fait, mal à propos je crois, deux affections séparées.

L'observation suivante est bien propre à démontrer cette dernière proposition, en même temps qu'elle nous offrira les caractères bien tranchés de la dartre furfuracée arrondie.

Mme N***, travaillant dans une fabrique de couvertures, est âgée de 19 ans, grande, fortement constituée ; sa peau est brune et bien colorée ; la menstruation s'établit à 17 ans, régulièrement d'abord, puis au bout de cinq ou six mois avec de nombreuses irrégularités, tant dans la quantité de l'écoulement que dans les époques.

Vers les premiers jours d'avril de cette année, sans cause connue, survint à la face dorsale des pieds une éruption de petits boutons du volume d'une tête d'épingle, durs, pleins, sans coloration particulière et causant un prurit très-vif ; c'étaient de véritables papules. Au bout de quelques jours ces papules rougirent, s'étendirent et formèrent de petites plaques de la grandeur d'une lentille recouvertes d'écailles extrêmement petites, minces, blanches et nacrées ; peu à peu les parties antérieures et externes des jambes, le genou, la face dorsale des bras devinrent le siége de plaques semblables, d'autres se montrèrent, mais en moins grand nombre, à la partie inférieure des cuisses.

Entrée le 31 juillet, elles nous présenta les lésions suivantes : les parties ci-dessus mentionnées sont couvertes de plaques arrondies ou ovalaires, dont les plus petites ont quelques lignes de diamètre et les plus grandes deux pouces à deux pouces et demi ; elles sont légèrement élevées au-dessus du tégument, mais surtout à la circonférence ; quelques-unes ont leur partie centrale presque complétement saine. Toutes les parties rouges et élevées sont recouvertes de furfures constitués par ces petites écailles dont nous avons parlé. Ayant interrogé soigneusement cette femme sur la manière dont s'étaient formés ces évidemens au centre des parties malades, elle répondit que les élevures premières, en

augmentant d'étendue, se déprimaient à leur partie moyenne tandis que le pourtour restait saillant et furfureux.

Ici, comme dans la plupart des observations précédentes qui portaient sur d'autres affections dartreuses, nous voyons une femme mal réglée ; mais est-il possible de saisir un rapport de causalité entre cet état anormal de la menstruation et l'éruption cutanée ? Je ne le pense pas. Les jeunes filles impubères et les hommes sont tout aussi sujets aux mêmes maladies : il y a donc là une simple coïncidence dont la fréquence doit être attribuée à la fréquence même des dysménorrhées dans les grandes villes et surtout à Paris, et nous ne pouvons accuser qu'un vice général, inconnu dans sa nature, mais qui se révèle à nous par la spécificité des effets qu'il produit.

Le siége presque constant de la dartre furfuracée arrondie, du moins à son début, est au genou, au coude, à la face dorsale des membres et du tronc.

Il s'agit de poser le diagnostic spécial et différentiel de cette maladie : or elle a commencé par différens points isolés et a gagné successivement différentes parties du corps ; d'abord limitée à de petites surfaces, elle a pris peu à peu de l'accroissement, en empiétant sur les parties voisines ; enfin elle nous offre dans sa durée un caractère de persistance et de chronicité. C'est donc une affection dartreuse. L'aspect seul des petites *écailles furfuracées* qui revêtent des plaques circulaires, nous indique sur-le-champ l'espèce et la variété ; c'est une dartre furfuracée arrondie. Examinons actuellement les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre.

1° L'herpes squameux lichénoïde ne saurait induire en erreur : d'abord il est rare qu'il soit disséminé par plaques arrondies exactement circonscrites ; le plus souvent il se confond insensiblement avec les parties voisines, ou du moins il affecte des formes éminemment irrégulières. Ce ne sont pas des élevures d'un rouge souvent assez intense recouvertes d'une furfuration brillante ; c'est une surface chagrinée, inégale, présentant des squames ou écailles ternes et jaunâtres ; enfin il y a souvent un suintement séreux qui ne s'observe jamais dans la dartre furfuracée.

2° Nous avons vu (1) que sur certaines dartres squameuses, humides, anciennes, se développaient de véritables écailles épidermoïdales plus ou moins larges, minces, blanches, lesquelles reposaient sur un tissu cutané, rouge, mais conservant son niveau et se fondant peu à peu avec le tégument voisin, et occupaient souvent des surfaces très-étendues, sans dessiner sur la peau des figures régulières. Enfin ce n'était pas spécialement la face dorsale des membres et du tronc qui était attaquée, mais indifféremment toutes les parties du corps. Cette forme rentre dans certaines variétés du psoriasis de Willan désignées sous le nom de *psoriasis diffusa* et *inveterata ;* et c'est, je crois, un tort de la part de cet auteur de l'y avoir rattachée, car elle en diffère notablement par les caractères que nous venons d'énumérer. Si nous voulons parler le langage de l'auteur anglais c'est plutôt un *eczema rubrum.*

Si l'on observe attentivement la marche du psoriasis dans un grand nombre de cas, on sera convaincu de son identité avec le *lepra vulgaris.* En effet, et cela se voit parfaitement chez la malade dont nous avons retracé l'histoire, on aperçoit d'abord un point papuleux qui prend de l'accroissement, devient dur, rouge, élevé, recouvert d'écailles micacées ; c'est alors le véritable *psoriasis guttata ;* peu à peu le cercle s'agrandit, s'évide, se déprime et blanchit au centre, de manière à former ces anneaux furfurans qui constituent le *lepra vulgaris.* Ce dernier n'est donc qu'une variété du psoriasis et la dernière expression du *psoriasis guttata.* Du reste cette idée est partagée aujourd'hui par plusieurs des sectateurs de Willan.

3° Enfin il est une affection que les personnes peu habituées aux maladies de la peau pourraient *à priori* croire très-voisine de la dartre furfuracée, je veux parler de l'icthiose ; mais ce que nous en avons dit à propos de la dartre squameuse, humide, suffit pour dissiper toute idée de ressemblance.

Mon ami M. Dauvergne est, je crois, le premier qui dans sa thèse inaugurale (1) ait bien décrit l'anatomie pathologique de la peau dans cette maladie. Voici le résumé de ses recherches : La partie malade conserve sur le cadavre son épaisseur et sa coloration, le tissu cellulaire et le derme lui-même ne participent pas à l'altération morbide. Celle-ci paraît résider dans le réseau vasculaire dilaté et offrant quelque analogie avec « *les tissus érectiles, accidentels, en miniature toutefois.* » Cette dilatation des vaisseaux trouve sa preuve dans les expériences suivantes : Quand on coupe ce tissu hypertrophié, on voit sourdre une multitude de gouttelettes de sang qui sortent des orifices vasculaires amplifiés ; sur le sujet vivant lorsqu'on vient à presser les plaques avec le doigt et qu'on le retire brusquement, le point comprimé apparaît blanc et reprend sa couleur au bout de quelques secondes. C'est là une véritable hypérémie. Anatomiquement la délimitation entre les parties malades et les parties saines est aussi tranchée qu'elle le paraît. « *Sur les bords de la plaque dartreuse, la peau recouvrait subitement ses caractères anatomiques.* »

Quant à ce que nous avons appelé *furfures*, ce n'est pas comme pour les squames de la squameuse humide, la concrétion d'une liqueur morbide, c'est une modification anormale de la formation de l'épiderme ; ainsi ces petites lames chatoyantes de la dartre furfuracée ne sont autre chose que le résultat d'une desquamation épidermatique.

Ces détails ne sont pas sans importance pour la thérapeutique.

(1) Voyez le premier numéro de la deuxième année de ce Journal.

(1) Paris 1832, n° 31.

Traitement. Si l'on parcourt tout ce qui a été écrit sur ce sujet on verra que la matière médicale a été largement mise à contribution par les praticiens pour le traitement de cette maladie. Il n'est en effet presque pas de médicament énergique qui n'ait été employé et préconisé par l'un ou par l'autre, d'où il résulte bien clairement qu'aucun de ces moyens n'a une action tant soit peu constante, et qu'un grand nombre, à des dégrés différens, peuvent réussir à faire disparaître ces altérations. Du reste toutes ces médications employées séparément ou concurremment, se rapportent toujours, soit à des antiphlogistiques locaux ou généraux, soit à des excitans locaux ou à des révulsifs ou des perturbatifs intérieurs, à part quelques purgatifs administrés dans les circonstances où leur usage semble indiqué. M. Alibert n'emploie pas de médicamens internes dans la thérapeutique de ces affections, à moins toutefois que l'état de la constitution ne réclame un traitement particulier.

Les bains sont utiles pendant toute la durée de la maladie; soit des bains sulfureux, comme on les emploie depuis long-temps, soit des bains sulfuriques (trois à quatre onces d'acide sulfurique par bain) proposés par mon ami M. Gerdy jeune, interne de l'hôpital Saint-Louis. Déjà employés avec assez de succès dans plusieurs cas de prurigo et surtout dans la gale, dont ils amènent la guérison avec une grande rapidité, ces bains ont paru aussi produire de bons effets dans l'*herpes furfuraceus circinatus.*

Après des cataplasmes et des lotions émollientes que l'on emploie d'abord pour nettoyer les surfaces malades des produits inorganiques qui les recouvrent, on a recours à des excitans plus ou moins actifs, le deuto-iodure de mercure.

Deuto-iodure.	gr. xij à xviij.
Axonge.	℥. j.

D'autres pommades résolutives, des lotions avec l'eau acidulée par l'acide hydrochlorique (1 partie d'acide pour 15 d'eau environ) ou le vinaigre, etc., etc. Des cautérisations légères avec le nitrate d'argent, la solution iodurée conscentrée de M. Lugol, ou l'acide hydrochlorique pur, ont, dans plusieurs cas, modifié avantageusement la vitalité des parties.

Si l'irritation est un peu vive, et que l'épaisseur et la rougeur des plaques dénotent une hypérémie considérable, on obtiendra un utile dégorgement à l'aide des sangsues ou des ventouses scarifiées, plus ou moins fréquemment répétées suivant les indications. Quelquefois mais bien rarement on a été obligé d'ouvrir la veine. Si cependant à l'affection locale se joint un état de pléthore générale on ne négligera pas ce moyen.

Tels sont les moyens habituellement employés dans le service de M. Alibert et qui ont suffi à la guérison de tous les cas que nous avons eus devant les yeux. Il faut quelquefois plusieurs mois pour arriver à cet heureux résultat; mais il ne nous a pas paru que l'on obtînt par les autres méthodes des effets plus prompts ni plus certains : et si l'on rencontre des cas, dans lesquels tous ces remèdes échouaient, n'oublions pas qu'il s'en présente aussi à tous les autres praticiens quelles que soient les ressources de leur thérapeutique; car c'est ici une des affections de la peau les plus difficiles à guérir, et qui se reproduisent avec le plus de facilité.

Beaugrand,
Interne à l'hôpital Saint-Louis.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

Mémoire sur les luxations anciennes, et l'époque à laquelle elles peuvent être réduites; par MM. Alex. PAILLARD et MARX.

(*Doctrine de M. Dupuytren.*)

Première partie.

Jusqu'à quelle époque est-il possible d'opérer la réduction des luxations? On doit sentir de quelle importance il est de résoudre cette question d'une manière satisfaisante, car, plus d'une fois, des praticiens, dans l'absence de règles certaines, se sont laissé guider tantôt par la crainte qu'inspirent à quelques malades des tentatives de réduction plus ou moins douloureuses, tantôt par des exagérations, tantôt enfin par des assurances données sans preuves, que des luxations ont pu être réduites au bout d'un, de deux ans et davantage.

Cette différence tirée de l'ancienneté de la luxation est donc de la plus grande importance pratique. En effet, la réduction des luxations qui se sont opérées depuis plusieurs jours, est bien autrement difficile que dans le cas où le deplacement vient de s'effectuer : les parties molles et l'os lui-même ont contracté une certaine habitude de position : les ligamens et les muscles qui entourent une articulation malade ont une raideur qui fait qu'ils se prêtent difficilement aux efforts de réduction s'il s'est écoulé depuis l'accident un certain nombre de jours, la déchirure faite aux ligamens capsulaires peut être cicatrisée, et toutes circonstances qui peuvent rendre impossible la rentrée de l'os dans sa cavité.

Deux voies peuvent conduire à la solution de cette importante question; le raisonnement et l'expérience. Mais qui peut donc ignorer combien le raisonnement est trompeur, quand l'expérience n'en vient pas fortifier les théories souvent hasardées? Et qui ne sait que les faits seuls doivent être admis comme élémens propres à résoudre la question de chirurgie pratique que nous nous sommes proposée? Les faits que nous rapporterons dans ce mémoire, sont empruntés aux auteurs et surtout à la pratique de M. *Dupuytren*, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et à sa pratique dans la ville.

Généralement les observations rapportées par les auteurs sont éparses, sans liaison, et rapportées seulement comme faits curieux et extraordinaires. La réunion de

celles que nous allons donner en fixant fortement l'attention des gens de l'art, seront propres, nous l'espérons, à leur tracer des règles fixes à suivre en pareil cas.

Si les auteurs anciens, moins hardis que les chirurgiens modernes, parce qu'ils avaient beaucoup moins de connaissances positives en anatomie, recommandaient de ne pas tenter la réduction des luxations datant de quelques jours, plusieurs motifs les empêchaient encore de sortir de leur timide réserve, et d'abord la certitude où ils étaient que la tête d'un os, une fois sortie de la cavité destinée à la recevoir, contractait des adhérences avec les parties voisines, adhérences qu'il était souvent impossible et toujours dangereux de détruire; que la cavité naturelle se remplissait par l'accumulation, le séjour et l'épaississement de la synovie et finissait par s'effacer; enfin les divers accidens, causés par le jeu aveugle des nombreuses machines que chacun inventait pour réduire les luxations, accréditaient encore cette doctrine. Cette opinion sur les dangers des réductions des luxations anciennes se conserva long-temps. *Benjamin Bell*, la partageait et pendant long-temps l'autorité de ce chirurgien influa sur la conduite de notre célèbre *Desault;* mais, s'il en faut croire *Bichat*, l'expérience le ramena à une pratique plus hardie, et des succès complets obtenus sur des luxations de quinze ou vingt jours, l'encouragèrent à en tenter sur d'autres qui dataient de trente-cinq jours. *Bichat* assure même l'avoir vu, dans les deux années qui précédèrent sa mort, réduire des luxations qui dataient de trois et de quatre mois.

Depuis cette époque, un des principaux chirurgiens de l'Europe, M. *Haubert* de Rouen, a publié un mémoire qui semble avoir pour but unique de détourner les praticiens de toute tentative de réduction au bout d'un certain temps, et de signaler les dangers qu'il y a à tenir une conduite opposée. Ce mémoire est d'une importance d'autant plus grande qu'il a été fait par un homme du premier mérite. Toutefois, ainsi que nos lecteurs le verront, nous interpréterons d'une manière très-différente les faits que cet auteur a publiés dans le 3e volume du répertoire d'anatomie et de chirurgie. Dans ce mémoire on trouve six observations, quatre de luxation de l'humérus, une de l'avant-bras, et une de la cuisse sur le bassin. Des quatre luxations de l'humérus, l'une datait de onze jours : la réduction fut suivie d'un gonflement énorme sous les muscles pectoraux, d'une tumeur avec battemens à l'aisselle, de phlyctènes sur tout le membre supérieur, de la gangrène et de la mort. A l'ouverture, on trouva le grand pectoral presque entièrement déchiré et l'axillaire totalement rompue en travers, un peu au-dessus de la naissance de la scapulaire commune. La seconde luxation datait de sept semaines, la réduction fut suivie de l'hémiplégie du côté malade, qui ne se dissipa que d'une manière incomplète; la troisième luxation datait de cinq semaines; la réduction d'un emphysème étendu de la région sous-claviculaire jusques au dos, d'une hémiplégie du côté malade et de la mort, quinze jours après. A l'autopsie on trouva les quatre dernières paires du plexus brachial rompues, arrachées de la moelle à leur implantation. La quatrième luxation datait de quinze jours; sa réduction est suivie d'une paralysie du bras, d'un commencement de paralysie dans le membre abdominal gauche, et finalement d'une atrophie presque complète du membre thoracique luxé.

La luxation de l'avant-bras datait de 27 jours. Sa réduction fut suivie d'une rupture des muscles qui entourent l'articulation-humérale, et finalement d'une paralysie presque complète de l'avant-bras.

La luxation de la cuisse fut réduite le même jour de sa production. Ce malade meurt cinq jours après, et l'on trouve les muscles jumeaux pyramidal et carré rompus, du pus dans l'articulation et autour d'elle.

Telles sont les observations sur lesquelles M. *Haubert* paraît se fonder pour recommander de ne point tenter la réduction des luxations anciennes; mais les observations que nous trouvons dans le auteurs, et principalement celles que nous fournit la pratique de M. *Dupuytren*, soit en ville, soit à l'Hôtel-Dieu, nous conduisent à des résultats tout-à-fait opposés à ceux de M. *Haubert*. Quelles sont les causes de la différence dans les résultats? On sait que l'âge, le sexe, la constitution, la profession, l'état général de la santé des malades influent sur la facilité de la réduction des luxations anciennes. Ainsi, toutes choses étant égales d'ailleurs, la réduction sera plus aisée chez les vieillards, les personnes maigres et affaiblies, chez les femmes et les enfans, où le système musculaire, moins développé, offre peu de résistance, que chez les adultes et les hommes forts et robustes. Mais les différences individuelles qui doivent jouer un si grand rôle ne peuvent être admises, car dans les observations de M. *Haubert*, cette variété d'âge, de sexe et de profession existe. En effet, il s'agit d'un marin âgé de 57 ans, d'une femme de 60, d'une fille de 70, d'une femme de 45, d'un homme fort, robuste et courageux, et d'un sixième et dernier âgé de 40 ans seulement et très-vigoureux.

Cette contradiction apparente tiendrait-elle plutôt à la manière de réduire? A l'hôpital de Rouen, comme à celui de Paris, la contre-extension se fait à l'aide d'un point de résistance invariable, immobile, à l'aide d'un fort anneau scellé dans le mur. Toutes les conditions sont donc égales, et nous ne pouvons penser qu'une seule chose, c'est que M. *Haubert* a été plus malheureux que les autres chirurgiens dans les cas que sa pratique a pu lui offrir (1).

Les tentatives, les tractions violentes et prolongées qu'exigent les réductions des luxations anciennes, cau-

---

(1) On sait qu'il y a des hommes du plus grand mérite dans les sciences et dans les arts qui semblent poursuivis par une fatalité désespérante dans les applications de ces arts ou de ces sciences. Rien ne leur réussit, toujours ils échouent. La science militaire nous offre, comme la science médicale, cette malheureuse application. Qui ne sait le cas que les généraux français faisaient du talent du maréchal * *, qui cependant était toujours battu.

sent, dit-on, des accidens. Mais qui ne sait que la réduction des luxations récentes est suivie quelquefois de ces mêmes accidens ? L'observation de luxation de la cuisse fournie par M. *Haubert* dans son mémoire en est une preuve bien évidente. Elle ne datait que d'un jour et a été cependant suivie de la mort. Nous avons été à même d'observer plusieurs cas de cette espèce. *D'ailleurs pourquoi ne tenterait-on pas la réduction des luxations anciennes?* La nature ne les guérit certainement pas, ou si les malades guérissent, ce n'est qu'avec des difformités qui rendent pour toujours les membres incapables de remplir les fonctions qui leur avaient été départies. La tête d'un os une fois sortie de sa cavité n'y rentre jamais spontanément. Les exemples que l'on trouve dans les auteurs de la réduction spontanée de la mâchoire inférieure, de la base des phalanges, ne font que confirmer ce principe; elles établissent une infirmité plutôt qu'elles ne prouvent une possibilité, car elles sont le résultat d'un affaiblissement des ligamens et des muscles, affaiblissement qui permet à la luxation de se reproduire avec la même facilité qu'elle s'est réduite, les muscles, loin de tendre à ramener un os luxé à sa place naturelle, tendent presque toujours, au contraire, à l'en éloigner, ou du moins à l'empêcher d'y rentrer. La nature ordinairement si prévoyante, et qui dans mille circonstances sait triompher des difficultés, des obstacles qui s'opposent à l'exécution de ses lois, ne peut déployer dans les luxations que des efforts presque toujours impuissans. Les mouvemens restent impossibles dans certains sens, bornés et douloureux dans d'autres. En vain de nouvelles cavités se forment pour remplacer les anciennes qui finissent par s'effacer; ces cavités artificielles toujours imparfaites, ne sauraient suppléer les cavités naturelles, et les muscles comprimés, détournés, éloignés ou rapprochés de leurs points d'insertion, ne sauraient remplir leurs fonctions accoutumées; ils passent à l'état graisseux, les membres finissent par s'atrophier, et devenir à charge aux malades.

C'est ici le moment d'indiquer quelques précautions que M. *Dupuytren* n'omet jamais pour favoriser la réduction des luxations anciennes. Ainsi il met en usage les bains entiers; il conseille de couvrir l'articulation de cataplasmes émolliens, rendus narcotiques, ou stupéfians par l'addition de laudanum, d'extrait d'aconit, de jusquiame ou de belladone. Si le malade est jeune, fort et vigoureux, M. *Dupuytren* n'hésite pas à faire pratiquer une ou deux saignées. Nous ne devons surtout pas oublier un moyen qui a presque toujours réussi à M. *Dupuytren*, et qu'il se garde bien d'omettre. Ce moyen tout moral consiste à détourner fortement l'attention du malade, ordinairement fixée sur son accident sur les douleurs qu'il éprouve, ou plutôt sur celles qu'il redoute. La seule idée de douleur ou de crainte fait contracter tous les muscles, et leur état de tension et de spasme, empêche souvent la réduction des luxations. Mais si on a le soin, au milieu des tentatives de réduction, de distraire le malade, de l'occuper de ses intérêts, de l'entretenir de sa profession, de piquer son amour propre, ou même de paraître irrité, fâché, alors ses muscles, en se relâchant, permettent à l'os de reprendre sa place naturelle.

Entrons maintenant dans le détail d'observations de réductions de luxations anciennes, afin de ne laisser dans l'esprit des lecteurs aucune ombre de doute sur l'efficacité des tentatives. Dans cette maladie nous insisterons surtout sur les luxations du bras, de l'avant-bras et de la cuisse.

La réduction des luxations un peu anciennes de l'avant-bras sur le bras, est la plus difficile de toutes peut-être, et passé une certaine époque, si cette luxation n'a pas été reconnue elle devient tout-à-fait irréductible. Néanmoins nous possédons quelques observations de cette luxation qui a été réduite à une époque assez ancienne.

Luxation de l'avant-bras gauche en arrière. — Réduction le seizième jour. — Guérison.

Dieux (Charles), âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution, cocher de cabriolet, se laissa tomber en descendant de sa voiture. La paume de sa main gauche heurta contre le sol avec violence, et supporta presque tout l'effort de la chute : cela suffit pour déterminer la luxation de son avant-bras en arrière. Il n'éprouva que des douleurs peu vives, et cependant il survint un gonflement assez considérable pour, six heures après l'accident, empêcher un chirurgien de reconnaître la luxation. On se contenta d'entourer le coude avec des compresses imbibées d'une liqueur résolutive. Le lendemain on fit une application de sangsues pour s'opposer au gonflement, qui fit des progrès et ne commença à se dissiper qu'au neuvième ou dixième jour. A cette époque, on commença à pouvoir mieux juger de l'état des parties; cependant la luxation ne fut reconnue qu'au quinzième jour. Depuis le moment de l'accident, on avait fait usage de cataplasmes émolliens. Le chirurgien, après avoir reconnu le mal, conseilla au malade de venir à l'Hôtel-Dieu. Voici l'état dans lequel nous le trouvâmes le 3 août, seizième jour de son accident. Il portait son avant-bras dans l'extension presque complète, et le soutenait pendant à côté et un peu au-devant de son corps, au moyen d'une écharpe placée très-obliquement. Le malade affirma que, sitôt après l'extension, son avant-bras avait gardé cet état d'extension sans s'être jamais fléchi, et qu'à la moindre tentative de flexion, le chirurgien avait toujours éprouvé beaucoup de résistance, et l'avait fait chaque fois beaucoup souffrir. Cette impossibilité de fléchir l'avant-bras, même de le mettre seulement dans la demi-flexion, existait encore, et la résistance était plus forte que jamais. En effet, depuis quinze jours il s'était formé des adhérences. Les rapports des extrémités articulaires de l'humérus, du radius et du cubitus, avaient beaucoup changé, comme on va le voir, et cependant, à la simple inspection du coude, encore un peu tuméfié, il est vrai, on n'aurait pas pensé que de tels déplacemens existassent. C'était surtout l'état d'extension (insolite dans ce genre de luxation) de l'avant-bras, et la tuméfaction du pourtour de l'articulation,

quoique légère, qui marquait de si grands changemens de rapports. Mais si on venait à palper le coude avec attention, on sentait en arrière l'olécrâne saillant, et au-dessus de lui une dépression très-manifeste, choses qui n'ont jamais lieu dans l'extension de l'avant bras non luxé. Toujours en arrière, une autre saillie, formée par la tête du radius, se faisait sentir au dehors de l'olécrâne et un peu plus bas. Ainsi la tête du radius et l'olécrâne formaient en arrière une masse osseuse. Dans le pli du coude, on sentait une résistance osseuse peu profonde qui indiquait la présence de l'extrémité inférieure de l'humérus, placée plus en avant et un peu plus bas que les saillies de l'olécrâne et du radius. En imprimant à l'avant-bras et au bras des mouvemens en sens inverse, on sentait très-distinctement mouvoir séparément, en arrière, les extrémités du radius et du cubitus; et en avant, celle de l'humérus.

M. Dupuytren ayant reconnu la luxation, jugea nécessaire de procéder de suite à sa réduction. Le malade fut placé sur une chaise comme pour la réduction de la luxation de l'épaule, et on lui mit le même appareil d'extension et de contre-extension. Cela fait, M. Dupuytren, placé au côté externe du membre, on commença à exercer l'extension dans le sens du déplacement des parties, c'est-à-dire suivant l'axe même du membre qui se trouvait dans un état d'extension presque complète. Quelques efforts de traction suffirent, et le chirurgien et les aides sentirent bientôt une crépitation articulaire. Au même instant, M. Dupuytren fléchit l'avant-bras sur le bras, tout en faisant continuer l'extension. On se convainquit alors que les parties étaient revenues dans leur état naturel, les mouvemens étaient devenus faciles; il n'y avait plus de saillies au pli du coude en avant, plus de dépression au-dessus de l'olécrâne, plus de saillie de cette apophyse, plus de mobilité transversale entre les os de l'avant-bras et de l'humérus. Le malade fut couché ayant son avant-bras demi-fléchi, et tout son membre également appuyé sur un large oreiller; le coude fut couvert de compresses imbibées d'eau blanche; un gonflement médiocre survint et disparut au bout de quelques jours sous l'influence des résolutifs. Le 13 août le malade put se lever ayant son bras en écharpe. Les mouvemens revinrent peu à peu, et le 18 août le malade sortit dans l'état le plus satisfaisant, et commençant à se servir de son membre.

Luxation du coude depuis soixante-seize jours. — Réduction impossible.

Le nommé Pigeron, âgé de dix ans, fit une chute en jouant avec un de ses camarades. Il porta sa main gauche en avant, pour se retenir; alors la face palmaire de la main étant appliquée sur le sol, tout le poids du corps porta sur cette partie: l'extrémité du cubitus fut portée en haut et en arrière, derrière l'extrémité inférieure de l'humérus, et celle-ci en avant. Un chirurgien fut appelé et reconnut la luxation. Il fit des tentatives de réduction sans succès, et laissa ensuite le malade, qui croyait sa luxation réduite.

Bientôt l'enfant s'aperçoit qu'il n'a pas recouvré les mouvemens de l'articulation. Ses parens l'amènent à la consultation publique de l'Hôtel-Dieu le 17 septembre 1823. Il présente les signes suivans: le bras est étendu; l'avant-bras peut être fléchi sur ce bras, l'extrémité inférieure de l'humérus fait saillie en avant: au-dessous il y a une dépression, l'olécrâne fait saillie en arrière et est plus élevé que de coutume; en outre, il y a raccourcissement sensible du membre et impossibilité dans les mouvemens de flexion. Du reste, point de gonflement. Il y a soixante-seize jours que l'accident a eu lieu; la luxation ne pouvait être méconnue. On fixe l'enfant à l'anneau pour se disposer à la réduire. Une première tentative détermine une légère flexion de l'articulation: une seconde et une troisième, faites avec beaucoup d'efforts par trois personnes chargées de l'extension, ne font obtenir que peu de chose de plus: l'avant-bras est fléchi sur le bras à angle droit; l'enfant étant fatigué, le membre meurtri, on cesse les tentatives, on applique des compresses trempées dans de l'eau de Goulard, et un bandage tient l'avant-bras dans la plus grande flexion possible. Le lendemain, M. Dupuytren prescrit des cataplasmes émolliens, des bains entiers et tièdes. Quelques jours après, le gonflement qui succéda avant disparu, M. Dupuytren conseilla d'employer des bains alcalins, d'exercer l'articulation et de porter un bandage qui force l'avant-bras à être fléchi sur le bras. On continua ce traitement pendant deux mois; mais on n'en obtint aucun succès. Le malade resta dans le même état.

Réflexions sur les luxations anciennes du coude.

Si la luxation des os de l'avant bras sur le bras est facile à réduire lorsqu'elle est récente, il en est peu qui deviennent aussi promptement irréductibles, et alors les malades ont pour jamais perdu la faculté d'étendre le membre et d'exécuter des mouvemens de pronation et de supination de la main. Nous avons vu les difficultés éprouvées par M. Dupuytren, pour réduire une luxation de l'avant-bras, datant seulement de seize jours, et l'impossibilité de réduire celle qui datait de soixante-seize jours. M. Sanson dit (Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicale, t. 4., 3e édition), avoir fait des tentatives inutiles pour en réduire une qui datait de six semaines seulement chez une jeune femme et qui avait été méconnue.

Cette luxation est assez fréquente et elle est souvent méconnue, parce qu'il survient, presque immédiatement après sa production, un gonflement qui marque la difformité et le déplacement des os; et si on n'y fait une grande attention, on court le risque de commettre une erreur très-préjudiciable pour le malade; car, ainsi que nous l'avons dit, il y a peu de luxations aussi promptement irréductibles. Il n'en est pas de même des luxations de l'articulation scapulo-humérale.

Nous avons vu souvent M. Dupuytren réduire des luxations de l'humérus qui dataient de quinze, vingt, trente,

quarante jours et bien davantage, et cela sans accident aucun. Voici quelques-unes de ces observations.

Luxation de l'humérus réduite avec succès après quarante-un jours.

Claude Clerc, âgé de soixante ans, bardeur, traversait, le 2 janvier 1821, la rue des Boucheries au Gros-Caillou, lorsqu'il fut renversé par un cabriolet. Dans sa chute, il avait, à ce qu'il dit, le coude du côté droit dirigé en arrière, et l'avant bras sur la partie antérieure de la poitrine : ce fut dans cette position qu'une des roues du cabriolet lui passa sur le bras. Depuis cette époque, le malade ne pouvait pas remuer son bras, ni surtout le porter à la tête, le coude éloigné de la poitrine ne pouvait s'en rapprocher. Au bout de quelques heures de l'accident il survint un gonflement considérable dans toute l'étendue du bras avec douleur vive. Le malade consulta un chirurgien qui lui fit appliquer des émolliens et des résolutifs sur le membre. Le gonflement s'était dissipé, la douleur apaisée. Mais le malade, voyant qu'il ne pouvait se servir de son bras, se détermina à venir à l'Hôtel-Dieu le 13 février 1821, quarante-un jours après son accident.

La saillie de l'acromion, le vide qui existait sous cette apophyse, l'aplatissement du deltoïde, la présence d'une tumeur arrondie dans l'aisselle, tumeur formée par la tête de l'humérus, l'éloignement de coude de la poitrine, sans qu'on puisse l'en rapprocher, et enfin l'impossibilité où était le malade de porter la main à sa tête, sans incliner celle-ci, firent assez connaître qu'il existait une luxation de l'humérus ; avait-elle été produite par la chute, ou bien par la roue de cabriolet qui passa sur le bras ? Le malade ne put donner aucun renseignement positif sur ce sujet. Des cataplasmes furent provisoirement appliqués sur l'épaule, et la réduction tentée le lendemain. Une pelote ronde fut placée sous l'aisselle, et maintenue par le milieu d'un drap plié en cravate, et dont les deux bouts ramenés l'un devant, l'autre derrière la poitrine, furent fixés entre deux battans de porte et maintenus par des aides : autour du poignet et de l'extrémité inférieure du bras furent placés des lacs au moyen desquels sept aides faisaient l'extension, d'abord dans le sens de la direction actuelle du bras, c'est-à-dire en dehors. Le chirurgien soutenait, avec le genou, la pelote placée sous l'aisselle, la poussait même en haut pour faire remonter la tête de l'os, tandis qu'il la dirigeait avec ses mains ; alors on changea la direction de l'extension, en rapprochant insensiblement le bras du corps, et le portant un peu en avant. La réduction eut bien lieu par cette première tentative, mais le malade ayant subitement porté son corps à gauche, au moment où elle s'opérait, la tête de l'humérus se déplaça de nouveau. Une seconde tentative n'eut aucun succès de réduction ; mais à la troisième, la réduction fut faite. Le malade et ceux qui l'entouraient entendirent le léger bruit que fit la tête de l'humérus en rentrant dans la cavité glénoïde ; plus de saillie de l'acromion ; aucun vide sous cette apophyse ; deltoïde arrondi, résistant à la pression ; absence d'une tumeur dans le creux de l'aisselle ; possibilité d'approcher le coude de la poitrine et de porter la main à la tête. On appliqua le bandage de Desault pour les fractures de la clavicule, afin de prévenir la récidive de la luxation. Le gonflement et la douleur du bras qui se développèrent dans la journée disparurent au bout de quelques jours ; le quatrième après la réduction, on leva l'appareil ; on fit exécuter quelques mouvemens au bras ; on conseilla au malade de l'exercer. Les mouvemens, d'abord difficiles, devinrent de jour en jour plus libres ; ils avaient lieu dans tous les sens et sans douleurs, seulement ils étaient bornés. Le malade sortit dans cet état le 24 mars. Il est présumable que l'exercice de ce membre en aura rendu les mouvemens de plus en plus libres et faciles.

Luxation de l'humérus réduite au quarante-cinquième jour.—Pas d'accident.

Saint Martin (Marie), âgée de soixante-douze ans, entra à l'Hôtel-Dieu pour y être traitée d'une luxation du bras droit caractérisée par les symptômes suivans :

Le coude était habituellement un peu écarté du tronc, et n'en pouvait être complétement rapproché : la malade ne pouvait porter le bras en avant ; elle se servait de la main gauche pour porter ses alimens à sa bouche ; quand elle les tenait de la main droite, sa bouche était obligée de se diriger vers celle-ci pour les saisir. Le bras paraissait un peu raccourci ; et si du doigt on traçait sa direction, on s'apercevait aisément que l'extrémité supérieure de son axe venait aboutir à la partie antérieure et interne du creux de l'aisselle, sous le muscle grand pectoral, au niveau du second espace intercostal, immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde : là, il était facile de sentir une tumeur dure, arrondie, à laquelle on pouvait transmettre des mouvemens très-appréciables en agissant sur le coude. La malade pouvait, depuis plusieurs jours, faire exécuter sans douleurs des mouvemens assez étendus à son bras. Lorsqu'on examinait le creux de l'aisselle, on trouvait qu'il était peu profond et rempli, en grande partie, par l'extrémité supérieure du corps de l'humérus, qui le traversait obliquement de bas en haut, et de dehors en dedans. On ne remarquait à la vue aucun enfoncement au-dessous du sommet de l'acromion ; mais les doigts, portés dans ce point, pouvaient faire éprouver au deltoïde une certaine dépression. En arrière, au contraire, et au-dessous de cette apophyse existait une dépression très-apparente.

Cette maladie était évidemment une luxation du bras en avant, qui, probablement, avait eu lieu primitivement en bas. Elle était le résultat d'une chute sur le coude dans un escalier, et datait de six semaines. Lors de l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, on n'avait fait en ville aucune tentative de réduction. Pendant plusieurs jours, la malade avait éprouvé dans l'épaule d'assez vives douleurs ; elle avait fait ensuite des efforts

assez grands, et répétés chaque jour, pour imprimer des mouvemens à son bras, et elle était parvenue, comme nous l'avons dit, à lui en faire exécuter quelques-uns, malgré le déplacement de la tête de l'os. C'est probablement à cette circonstance qu'il faut attribuer le déplacement consécutif en avant.

La réduction ne fut faite que quatre jours après l'entrée de la malade.

On conduisit la malade à l'amphithéâtre : un lac fut fixé autour de son poignet pour servir à l'extension ; un autre plus grand, et passé sous l'aisselle, du côté malade, dut servir à la contre-extension, après avoir été engagé dans un anneau en fer solidement scellé dans le mur. Enfin une grosse pelote de crin placée dans le creux de l'aisselle, et embrassée par ce lac, servit à la fois à la contre-extension et à la coaptation. Les choses étant ainsi disposées, et la malade obliquement assise sur une chaise, de manière à ne pouvoir se cramponner nulle part, M. Sanson, placé en dehors du membre à réduire, retenant en place avec l'un de ses genoux la pelote placée dans l'aisselle, engage les aides chargés de l'extension à exercer d'abord les tractions suivant la direction anormale de l'os, c'est-à-dire en bas, en dehors et un peu en arrière ; la tête de l'os ayant été dégagée et un peu abaissée, les aides, par son ordre, portent le coude en avant et en dedans, pendant qu'il agit simultanément sur l'extrémité supérieure du bras, pour porter la tête de l'humérus en arrière et en haut. Une première tentative fut sans succès ; une seconde, dirigée de la même manière avec un peu plus de force, rendit au membre sa forme et sa direction naturelles.

Pendant quinze jours, le bras fut fixé contre le tronc au moyen de jets de bande circulaires, afin de prévenir la récidive de la luxation. La malade sortit le 5 août, pouvant faire un libre usage de son bras, et n'éprouvant dans l'épaule aucune douleur.

On lit dans les œuvres chirurgicales de Desault une observation toute semblable à celle-ci : le malade avait une luxation du bras, en dedans, depuis 45 jours, il guérit parfaitement bien, et sortit de l'Hôtel-Dieu, le trentième jour de son entrée, exécutant très-facilement les mouvemens ordinaires de son articulation.

Luxation de l'humérus, en haut et en avant, datant du quarante-neuvième jour. — Réduction. — Pas le moindre accident.

La nommée Charbonnet (Jeanne), âgée de soixante-cinq ans, fit, le 12 février 1819, à huit heures du soir, une chute dans laquelle tout le poids de son corps porta sur le coude du côté droit : un chirurgien du bureau central des hôpitaux lui assura que les douleurs qu'elle éprouvait n'étaient que le résultat d'une contusion, et qu'il lui suffirait d'appliquer des cataplasmes émolliens sur l'épaule pour guérir. La malade, pleine de confiance en ces paroles, retourna chez elle ; mais n'observant aucun changement dans son état, elle vint à la consultation de M. Dupuytren. Sa maladie datait de quarante-huit jours. A la vue de l'aplatissement du deltoïde, de la saillie de l'acromion, de l'éloignement du coude du corps, de l'imposibilité de l'en rapprocher, etc., etc., M. Dupuytren reconnut une luxation du bras en haut et en avant. La malade entra à l'Hôtel-Dieu, fut saignée, son épaule recouverte de cataplasmes, et le lendemain, 2 avril, on procéda à la réduction. La malade fut conduite à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. Une pelote fut placée dans le creux de l'aisselle ; le milieu d'un drap plié en cravate fut mis dessus, et les chefs ramenés obliquement, l'un en avant, l'autre en arrière de la poitrine, furent passés dans un gros anneau de fer scellé dans le mur et confiés à deux aides. L'extension fut faite à la partie inférieure de l'avant-bras, à l'aide d'un autre drap fixé dans ce point et dont on donna les extrémités à quatre aides. Deux tentatives furent faites sans succès ; la troisième réussit. L'épaule parut conformée comme l'autre ; cependant la tête de l'humérus faisait encore une légère saillie en dedans, et avait une grande tendance à se déplacer, ce qui fit croire à M. Dupuytren que quelque partie fibreuse ou ligamenteuse était placée derrière elle. Pour éviter une récidive, une bande de toile servit à fixer la partie inférieure du bras au tronc, en le portant légèrement en avant, en même temps que sa partie supérieure en était éloignée, par un coussin conique placé dans le creux de l'aisselle. Ce bandage fut ainsi continué jusqu'au 10 avril. A cette époque, l'humérus ne faisait plus qu'une saillie à peine sensible. Le 24 avril, vingt-deux jours après la réduction, la malade était parfaitement guérie, et il ne lui restait plus aucune trace de sa luxation. Elle sortit le 26 avril.

Luxation en bas de l'humérus du côté droit réduite au cinquante-unième jour.

Roland, âgé de soixante-deux ans, est précipité du haut d'une charrette qui versait, le 25 août 1824 ; il éprouva une commotion telle, qu'il ne se souvenait pas sur quel bras il était tombé. Un médecin appelé auprès de lui le saigna et lui fit mettre des cataplasmes émolliens sur son bras droit, dont il ne pouvait se servir. Les douleurs persistèrent. Le malade se rendit à l'Hôtel-Dieu le 15 octobre 1824, cinquante-un jours après son accident. Voici quel était son état : bras droit un peu plus long que le gauche, et dirigé en dehors ; coude éloigné du tronc ; moignon de l'épaule aplati ; saillie considérable de l'acromion ; dans le creux de l'aisselle on sent une saillie considérable formée par la tête de l'humérus. Le malade ne peut exécuter aucun mouvement d'élévation ni de rotation. Tous ces signes indiquaient évidemment une luxation en bas de l'humérus. On procède de suite à sa réduction : elle fut faite comme pour le malade précédent, et elle ne réussit également qu'à la troisième tentative. Huit jours après, le malade revint à la consultation de M. Dupuytren ; déjà il pouvait se servir de son membre ; seulement les doigts étaient encore raides et engourdis.

Delamotte dans son traité de chirurgie, rapporte l'observation d'un chirurgien qui dans une chute de

cheval, eut une luxation de l'humérus, dont il fit la réduction à l'aide de l'échelle seulement au bout de deux mois.

Voici une autre observation d'une luxation réduite au 82e jour.

Luxation de l'humérus droit en bas. — Réduction au bout de quatre-vingt deux jours de l'accident.

La nommée Boucher, âgée de 48 ans, fait, le 23 novembre 1825, une chute, ayant les épaules chargées d'une hotte de linge. Elle tombe sur le côté droit, le bras étant écarté du tronc; à l'instant même elle éprouve une très-vive douleur à l'épaule. Cette douleur disparut bientôt, et la malade voulut reprendre ses occupations. Mais il lui restait une difformité à l'épaule ; celle-ci était devenue plate, et il était impossible à la femme Boucher de porter sa main à sa tête et de rapprocher son bras de la poitrine. Ce furent ces raisons qui l'engagèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu le 15 mars 1826, quatre-vingt-deux jours seulement après son accident. Voici son état : épaule droite aplatie, saillie deltoïde effacée, acromion saillant et soulevant les tégumens, enfoncement à la place où existe ordinairement l'humérus, tumeur dure, arrondie sous le grand pectoral; dépression en arrière de l'épaule, bien plus longue que l'autre; coude porté en arrière, impossibilité de le rapprocher du tronc, etc., etc.

L'existence de cette luxation étant bien constatée, on procède à la réduction comme on est dans l'usage de le faire à l'Hôtel-Dieu. Les premiers efforts furent d'abord infructueux; ils furent renouvelés avec plus de force, et un mouvement brusque et un bruit très-distinct annoncèrent la rentrée de la tête de l'humérus dans sa cavité. Tous les symptômes de la luxation disparurent; l'épaule reprit sa forme arrondie; les mouvemens redevinrent faciles, et l'on fut même obligé de les défendre à la malade, tant elle était aise de les avoir retrouvés, et tant était grande sa vivacité à les exécuter. Une bande servit à fixer le bras contre la poitrine pendant quinze jours. A cette époque on la retira, et la malade sortit de l'hôpital, conservant encore un peu de faiblesse dans son membre, mais jouissant de la plus parfaite liberté dans ses mouvemens.

Giraud, chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, a vu Desault réduire une luxation de l'humérus qui datait de trois mois; il ne réussit à opérer cette réduction qu'après s'y être repris à deux fois, et en mettant entre ces deux tentatives un jour d'intervalle. La malade, car c'était une femme guérit parfaitement bien, et sortit au bout de soixante-huit jours de l'hôpital, avec la presque entière liberté de ses mouvemens.

M. Sanson aîné, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a réduit dans son service de la salle St-Côme, en 1827, une luxation de l'humérus qui datait de quatre-vingt-dix-huit jours. Il ne survint pas d'accidens, et la malade fut promptement en état de sortir de l'hôpital.

Pour terminer ce qui est relatif aux luxations anciennes de l'humérus, nous rappellerons quelques faits récens qui ne sont point pris dans l'école de la pratique de M. Dupuytren, et qui sont confirmatifs de l'opinion que nous avons sur la possibilité de réduire des luxations très-anciennes.

Telles sont 1° L'observation d'une réduction de luxation de l'humérus faite au bout de six mois par M. Roux et qui a été publiée dans la *Lancette française* de cette année.

2° Celle qui est rapportée par M. Sédillot dans son mémoire sur les luxations et qui datait de treize mois.

Ces faits-là nous font regretter que M. Dupuytren n'ait point fait des tentatives de réduction pour une luxation de l'humérus sur un jeune horloger, qui se présenta à sa consultation le 27 juin 1829. Sa luxation datait de deux ans. Dans un cas pareil nous n'hésiterions pas à essayer de réduire et peut-être aurions nous du succès.

Nous terminerons dans le prochain numéro de ce journal, la série d'observations sur les luxations de l'humérus par une dernière des plus éclatantes.

Nous passerons ensuite aux luxations anciennes de la cuisse, et nous citerons a cette occasion des faits extrêmement curieux et qui corroboreront encore notre opinion.

Nous donnerons dans un prochain numéro la suite de ces observations de luxations de la cuisse, de l'humérus par une dernière des plus curieuses quoique ne datant que de six semaines.

MÉLANGES.

DE LA PATENTE DES MÉDECINS (1).

Par A. Louyer Villermay, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin pourvu seulement de fonctions de bienfaisance et gratuites.

« Il était réservé aussi à la médecine d'acheter le droit de faire le bien, en payant un impôt qui l'assimile aux conditions industrielles et mercantiles, celui de patente ou de *boutique ouverte*, et, ce qui paraîtra plus qu'une anomalie dans notre législation, c'est que la médecine soit la seule des professions libérales et intellectuelles qui ait à subir un pareil impôt; que cette singulière préférence s'exerce exclusivement sur la pensée de ceux qui méditent le sort de l'humanité, qui consacrent leurs veilles au soulagement de ses souffrances, qui, vont, aux prix de leur existence, au-devant de la contagion et de la mort. »

(Rapport de la commission d'organisation de l'association médicale de Paris.)

Orfila, président, Jules Guérin, Amussat, Gibert, Jolly, rapporteur.

Lorsqu'il fut publié dans les journaux un projet de

---

(1) Nous nous empressons de donner à nos lecteurs le passage suivant d'un travail des plus intéressans, qu'à bien voulu nous confier notre confrère et ami M. A. Villermay, et qui va paraître incessamment.

loi sur les patentes, dans lequel les médecins et chirurgiens figurent au milieu de professions industrielles qui, ainsi rapprochées de la nôtre, font une risible confusion, j'adressai à la chambre des députés une pétition qui fut renvoyée à la commission des patentes; et quoique tous les médecins, toutes les Sociétés médicales, toutes les Facultés se fussent prononcées aussi contre ce projet, il n'en a pas moins été conservé. Avant qu'il soit présenté à la chambre, j'adresse à messieurs les pairs, à messieurs les députés et au public, ces nouvelles observations, persuadé que c'est faute de connaître et d'apprécier notre position et nos rapports avec la société, qu'on a pu faire une exception aussi injuste envers des hommes qui partagent leur vie entre l'étude et l'application de leur intelligence et de leur savoir au soulagement de l'humanité, et dont la profession exige, plus qu'aucune autre, du désintéressement, de l'indépendance et de la dignité.

En 1793 et 1794, l'impôt de la patente n'existait pas; la loi du 4 thermidor an III (26 juillet 1795) porte seulement : Art. 1er. « Nul ne pourra exercer un commerce ou négoce quelconque, de quelque genre que ce puisse être, en gros et en détail, sans être pourvu d'une patente qui indiquera la nature de son commerce. » Depuis, on a étendu continuellement cette loi aux professions qui se rapprochaient plus ou moins du commerce, et à d'autres qui lui étaient complétement étrangères.

Mais si la loi du 1er brumaire an VII, actuellement en vigueur, a frappé les médecins d'une patente, du moins elle leur a accordé aussitôt un grand nombre d'exemptions, dont elle a trouvé le motif dans les nombreux services gratuits que leur état les met à même de rendre comme médecins des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance, des divers établissemens sanitaires publics. Ceux qui s'occupent de littérature et de science en ont toujours été dispensés; il semblait que l'administration, sentant combien il y avait peu de justice à faire peser cet impôt sur la plus libérale, la plus bienfaisante des professions, celle qui éloigne le plus l'idée de commerce et de spéculation, laissait facilement une porte ouverte pour échapper à l'abus. Dans le nouveau projet de loi que les ministres nous préparent, c'est justement l'abus qu'on veut aggraver; on veut appesantir davantage cet impôt sur une classe aussi utile que peu favorisée dans notre état social; on veut y assujettir même ceux qui consacrent gratuitement une partie de leur temps au soulagement des malheureux. On n'ignore pas qu'il est en effet des médecins qui ne donnent leurs soins que gratuitement; il en est d'autres qui emploient une portion de leur patrimoine à ajouter aux bienfaits de leur art les bienfaits que leur fortune leur permet de répandre; j'en citerais plus d'un qui paient de leur argent l'avantage d'exercer la médecine; qu'il me soit permis de citer, entr'autres, M. Terme de Lyon. Ne sait-on pas qu'il en est encore qui, en se faisant recevoir médecins, ne veulent que se donner un titre dans le monde, et éventuellement une profession s'ils venaient à en avoir besoin? Un grand nombre se livrent exclusivement à des travaux, à des recherches, qui tournent au profit de la science et de l'humanité. Enfin, des naturalistes, chimistes; des professeurs d'anatomie, de botanique, ont obtenu le titre de docteur, et le droit, qu'ils n'exercent jamais, de voir des malades; ils n'en sont pas moins passibles de la patente.

Faut-il que je sois condamné à vous faire ici un tableau de la position des médecins dans notre état social! Quelque incomplet qu'il soit, il dévoilera bien de l'injustice envers eux, bien de la résignation et du courage de leur part.

Sans rappeler les études repoussantes et périlleuses que le médecin a dû faire, je prouverai qu'il n'est pas de carrière qui use plus promptement la vie, parce qu'il n'en est pas qui exige une plus grande activité de corps et d'esprit que la sienne; supporter l'intempérie des saisons, les fatigues continuelles, l'irrégularité des repas, les privations de sommeil; vivre au milieu des miasmes et de la contagion; dans la campagne, franchir à cheval des distances considérables, exposé aux frimas et aux orages; braver tous les dangers pour aller au secours de ceux qui souffrent. Aussi les tables de mortalité du docteur Casper, publiées dans la *Revue britannique*, établissent-elles une vérité effrayante pour nous; savoir : que sur mille médecins, six cents meurent avant soixante-deux ans, tandis que pour les personnes qui exercent une profession paisible (les pasteurs ou théologiens), la mortalité n'est que de trois cent quarante-sept; que sur cent individus de chacune des professions ci-désignées, le nombre de ceux qui arrivent à soixante-dix ans est de quarante-trois pour les théologiens, quarante pour les agriculteurs, trente-cinq pour les employés, trente-deux pour les militaires, et seulement vingt-quatre pour les médecins.

Quant aux droits politiques de ces derniers, ils ne sont nulle part aussi restreints qu'en France. En Allemagne, en Italie, en Angleterre, en Amérique, partout enfin, vous les voyez occuper de hauts emplois, assister au conseil du prince; chez nous même, sous l'empire, on vit s'élever leur rang et leur considération; le sénat et le conseil d'état s'honorèrent d'en compter quelques-uns dans leur sein, et le chef du gouvernement récompensa le mérite éminent de plusieurs par son intimité plus encore que par des distinctions et des honneurs; mais en France, aujourd'hui, leur position politique est on ne peut plus désavantageuse, et nulle influence n'est accordée au savoir; aussi à peine ont-ils à la chambre trois ou quatre représentans, qui ne les représentent pas, et qui s'y trouvent, non pas comme médecins, mais comme propriétaires. Parlerons-nous de la récompense matérielle de leurs travaux, je ne surmonterai pas ma répugnance à en parler; il me suffirait de citer l'ancien apologue des matelots pendant l'orage, si je n'avais à le reproduire sous vos yeux dans un fait tout récent. Pendant l'épidémie qui vient de nous frapper, le zèle et le dévouement des médecins inspiraient tant d'admiration et de reconnaissance, que la voix publique demandait qu'on élevât un monument pour en perpétuer le souvenir; il est certain du moins que l'administration municipale délibéra sur la récompense qu'on leur devait, et

qu'on publia dans tous les journaux qu'une médaille d'or leur serait décernée ; le choléra cessa d'être aussi meurtrier, on décida qu'elle serait d'argent ; une recrudescence survint ; on parla de nouveau de la médaille d'or ; mais le fléau ayant cessé ses ravages, il fut arrêté que l'administration, voulant que son témoignage de reconnaissance fût conservé dans les familles, l'or ou l'argent pourrait tenter la cupidité des héritiers ou de besoin des titulaires, et que, dans ce but, le bronze était préférable. Le choléra n'ayant pas reparu, cette décision fut la dernière. Loin de moi la pensée d'en faire un reproche à qui que ce soit ; je veux seulement prouver que les gens qui craignent la maladie sont aussi des matelots pendant l'orage.

O toi qui te destines à la carrière médicale, consulte bien tes forces et ta santé, que Dieu t'accorde une vie exempte d'infirmités, meurs sans les avoir connues ; car la vieillesse serait pour toi un double fardeau. Le célèbre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Pelletan, était obligé de pratiquer encore pour vivre au bout de sa longue et utile carrière ; nous avons tous vu naguère le vénérable ex-doyen de la Faculté de médecine traîner, à quatre-vingt-quatre ans, ses pas chancelans vers le lit des malades ; M. Leroux était sans fortune ; et le besoin le forçait, ainsi que tant d'autres, à pratiquer encore à cet âge ; sa marche était si lente et si pénible qu'il ne devait plus trouver que de faibles ressources dans sa profession ; mais sur ces ressources, tout insuffisantes qu'elles fussent, il aurait fallu cependant prélever encore aujourd'hui de quoi satisfaire le fisc qui nous menace de toute sa rigueur. Médecin valétudinaire que la fièvre dévore, que la phthisie consume ; médecin infirme, accablé d'ans, marche, marche, et satisfais le fisc, ou bien il viendra t'enlever tes meubles, tes livres et ton lit ; marche donc jusqu'au jour où il n'y trouvera plus qu'un cadavre.

La société ne sait donc pas récompenser les médecins, et cependant les médecins se dévouent chaque jour pour elle. Ne sait-on pas qu'à Paris, dans les villes, dans les campagnes, la plus grande partie de la population est hors d'état de supporter les frais d'une maladie, qu'à cette classe si nombreuse, partout des consultations gratuites sont offertes ; que le cabinet des médecins est toujours ouvert gratuitement aux malheureux ; qu'ils font tous des visites gratuites ? Or, je demande si aucune profession, à l'exception de celle d'avocat, a sous ce rapport quelque analogie avec la nôtre et présente une anomalie aussi grande. Je suppose un moment que tous les médecins de France, indignés de l'ingratitude de l'administration ou de sa dureté à leur égard, se disent : « Pourquoi seuls supporterions-nous cette taxe des pauvres, à laquelle nous assujettit notre seule humanité, notre désintéressement ? La société entière doit protection aux malheureux qui sont dans son sein ; ceux à qui nous refuserons des secours iront en demander aux municipalités, ce qui nécessitera de nouvelles dépenses, des hôpitaux plus vastes, des bureaux de charité plus nombreux ; il faudra que le pays établisse de nouvelles taxes ; nous en paierons sans doute notre part, nous donnerons un peu d'argent, mais il nous en rentrera beaucoup » : cela serait cruel, mais cela serait juste.

Ou bien on doit considérer la pratique de la médecine comme celle de tous les arts libéraux, et surtout reconnaître qu'un revenu quelconque n'en est pas une conséquence nécessaire ; ou si l'on veut absolument la regarder comme une industrie, on ne peut méconnaître qu'elle n'est que l'industrie d'un seul, que celui qui l'exerce vit de son *travail journalier*, qui ne peut avoir lieu dans tous les temps ; car la Providence a voulu qu'il y eût des saisons plus salubres où l'humanité est rarement sujette à ses infirmités.

Si le *travail journalier* du médecin fournit à la plupart un revenu supérieur à celui des ouvriers et même de quelques artistes, qui vivent de leur travail, c'est parce que la science qu'il lui a fallu acquérir est plus grande ; c'est une juste compensation du temps et de l'argent employés à faire son éducation ; aussi à douze ou quinze ans l'ouvrier subvient à ses besoins ; le médecin, tout au plus à trente. Je ferai à cette occasion une remarque qui a échappé à ceux qui se sont occupés jusqu'à présent de ce sujet :

Toutes les professions patentées jusqu'à ce jour ne se composent pas du *travail d'un seul individu*. La patente est l'impôt des commis, des apprentis, des ouvriers, des gens aux gages du chef de la maison, qui tous concourent à sa prospérité sans payer d'impôt à l'état. C'est sur ce principe qu'est basé le droit proportionnel ; plus un magasin est vaste, plus il y a de marchandises et de commis ; une grande manufacture renferme un plus grand nombre d'ouvriers. Mais oserez-vous bien demander un droit proportionnel plus considérable au médecin dont l'appartement sera plus vaste parce qu'il aura une nombreuse famille à loger, à nourrir, à élever, lorsque le produit de son *travail à lui seul* est souvent insuffisant pour qu'il rende à ses enfans l'éducation qu'il a reçue de ses parens ? Ne pourra-t-il avoir une bibliothèque, un cabinet de physique, de chimie, d'histoire naturelle, sans que ces instrumens coûteux de son travail intellectuel lui occasionent une augmentation considérable d'impôt ?

Pour le droit fixe de la patente, nouvel embarras, nouvelle iniquité ; mais encore plus de ridicule. Aucun savant, aucun littérateur, aucun artiste ne se trouvant compris dans la liste des patentables, il fallait pourtant classer le médecin. Personne ne doutera que si on avait dû le placer parmi ses pairs dans la société, il eût dû l'être parmi les sommités, les hautes capacités du commerce ; mais l'intelligence et le savoir produisent bien davantage appliqués à l'industrie, qu'à la pratique de la médecine ; il fallait donc, pour ne pas rendre tout-à-fait impossible et ruineuse la perception de la patente des médecins, les ranger dans les classes les plus inférieures des commerçans ; aussi les médecins furent classés avec les marchands d'aiguilles à tricoter, les chirurgiens avec les charcutiers : *risum teneatis*. Là, si le droit fixe est peu de chose, du moins le fisc se retire sur le droit proportionnel. Si donc ce que vous appelez son

industrie est si peu profitable au médecin que vous veus êtes cru obligés de le classer si bas en matière de finance, comprenez donc une bonne fois que c'est parce qu'on ne fabrique pas de la médecine comme des bas ou de la chandelle, attendu que par lui-même, par lui seul et non par ses ouvriers, le médecin doit tout faire, études, pratique, bienfaisance, sans que vous ayez le droit de lui dire de se livrer à l'une plutôt qu'à l'autre de ces nécessités de sa position.

Si toutes les lois antérieures depuis l'édit de Philippe-le-Bel ont dispensé les médecins de l'impôt des tailles et autres quelconques, et de toutes les charges publiques, c'était là des priviléges, mais des priviléges honorables et bien acquis. Aujourd'hui ce n'est pas contre les impôts communs à tous les citoyens que les médecins réclament, ce n'est point un privilége qu'ils redemandent, c'est d'une exception injuste, d'une humiliante dérision, enfin c'est de l'impôt de la patente ou boutique ouverte qu'ils poursuivent l'abolition, comme dégradant le plus noble usage de l'intelligence et du savoir, comme directement opposé aux sentimens généreux dont on les a trouvés toujours animés, comme contraire aux intérêts de la population indigente ou peu aisée.

Tous ceux qui se livrent à des professions industrielles paient par la patente le droit de l'exercer, mais ils n'ont pas payé d'avance et par anticipation ce droit, comme le médecin, par des inscriptions, des examens, plusieurs diplômes, frais, comme on le sait, très-onéreux. Dans le commerce, le bénéfice est calculé, le prix des marchandises a un cours pour un ami comme pour un inconnu, pour le riche comme pour le pauvre. Quand les honoraires du médecin en ont-ils eu un? Comment un impôt, quel qu'il soit, peut-il être établi sur le prix de ses visites? De l'affection et de la reconnaissance sont souvent son seul salaire; un artiste lui donnera quelque produit de sont talent; un ami croira l'offenser en lui offrant de l'argent et des prévenances, un léger souvenir d'amitié, seront sa récompense. Peut-être quelques gens riches et généreux tiendront à honneur d'être les bienfaiteurs de celui qui aura sauvé la vie à une épouse, à des enfans; mais alors le docteur deviendra à son tour chargé d'une dette de reconnaissance. Comment le percepteur des contributions peut-il s'interposer dans de pareilles relations toutes morales, entre le bienfaiteur et l'obligé, entre les services d'un ami à son ami, d'un savant à son confrère de science, entre les bienfaits du médecin philantrope et la reconnaissance de l'indigent qu'il a sauvé?

On a dit que le médecin avait le droit d'actionner ses débiteurs devant les tribunaux; mais ce droit, qui est commun à tous, en use-t-il fréquemment? On trouve très-naturel qu'un peintre, un statuaire, un homme de lettres, réclament ainsi le prix de leurs peines; et un mauvais vernis s'attache au médecin qui use du même droit. S'ils ont affaire à des gens de mauvaise foi, le commerçant, l'artiste, l'artisan, peuvent retenir ou reprendre leur marchandise, le produit de leur industrie; le médecin, qui ne peut rien retenir, qui, au bout d'un an, voit la prescription atteindre sa créance, a l'opinion publique contre lui s'il veut user de la portion que la loi accorde à tous les citoyens. Je dirai plus, ils ont même contre eux l'opinion des magistrats (1). On a dit encore qu'il était créancier privilégié dans les successions, et c'est cet argument que l'on a fait valoir quand on l'a rendu sujet à la patente, et qu'on en a dispensé les avocats; mais ce privilége n'est-il pas établi plus dans l'intérêt de la société et de la morale publique que dans celui des médecins? Il est évident que le législateur, en désignant parmi les créances privilégiées *les frais quelconques de la dernière maladie concurremment entre ceux à qui ils sont dus, ainsi que les frais de sépulture*, n'a pas envisagé spécialement le médecin; mais qu'il a voulu que le malade ne manquât de rien de ce qui lui est nécessaire dans ses derniers momens; et que, par le même motif, il a assuré au décédé une inhumation convenable.

Comment constaterez-vous que M. X.... exerce la médecine? N'a-t-il pas le droit de sortir de chez lui, d'aller chez les autres, de recevoir dans son cabinet? Son diplôme ne lui confère-t-il pas celui de signer des prescriptions? savez-vous si elles sont destinées à sa famille, à des malheureux? a-t-il besoin même d'en signer pour guérir des malades? Saurez-vous jamais s'il reçoit de l'argent ou seulement quelques présens, s'il gagne cent écus ou dix mille francs par an? Enfin d'après les exemples que j'ai cités de médecins non praticiens par force ou par volonté, il est impossible qu'on acquière la preuve que des docteurs exercent la médecine et en tirent profit, sans auparavant porter une loi contre leur liberté individuelle. Jusqu'ici, du moins quoi qu'on ait fait pour nuire à la considération qui leur est due, quoiqu'ils aient été froissés dans leur juste orgueil et dans leurs intérêts, on n'a pu leur ravir l'indépendance de leur profession : ils ont su conserver dans toute son intégrité l'admirable serment d'Hippocrate, la plus haute leçon de morale et de philosophie, en ne rendant hommage et reconnaissance de leur savoir qu'à leurs maîtres, en ne le faisant servir qu'au bien de l'humanité, en donnant des secours aux blessés de tous les partis, en ne trahissant pas le secret de ceux qui s'étaient confiés à leurs soins, quelque blâme qu'on pût donner à leur conduite politique, en bravant les contagions comme le père de la médecine, en accomplissant enfin dans toutes les circonstances délicates ou périlleuses les devoirs d'un sacerdoce qui compte aussi ses martyrs. Ne vous y trompez pas, une loi injuste ou inhumaine, une fois signalée à l'opinion publique, ne peut manquer d'y être frappée de réprobation. Et celle qui prétend faire d'eux

---

(1) Le journal *la Lancette* et, après lui, tous les journaux ont raconté le fait suivant :

Madame veuve Asselin, veuve d'un médecin mort du choléra, réclamait près du juge de paix du sixième arrondissement des honoraires dus par un malade que son mari avait sauvé de cette affreuse maladie, « Je m'étonne, dit le juge, de cette réclamation des médecins; n'ont-ils pas été assez récompensés par les éloges des journaux. »

des spéculateurs sur les maux de l'humanité, déjà une fois tombée en désuétude, ne sera pas mieux accueillie aujourd'hui que ne le fut cette ordonnance qui autorise à exiger d'eux la délation, sous peine d'amende, lorsque vous avez tenté de la faire refleurir.

Tous les citoyens sont égaux devant la loi, elle les place tous sous son niveau; si elle leur impose également des charges, elle les protége également. Vérités triviales, pourquoi suis-je obligé de vous rappeler à nos administrateurs financiers? La loi de patente, en même temps qu'elle est fiscale, est aussi une loi protectrice des intérêts industriels. Le négociant patenté, qui a fourni ses marchandises ou son or à un autre négociant, possède une action sur sa liberté à défaut de paiement. Cette protection ne doit-elle pas s'étendre pareillement sur tous ceux qui seront munis d'une patente et leur conférer les mêmes droits? Sainte-Pélagie doit devenir une vaste maison de convalescence, une immense infirmerie, où seront renfermés les malades malheureux puisqu'elle est la prison de tous les commerçans insolvables; une telle loi ne peut être qu'injuste ou barbare.... choisissez.

Une maison opulente ou nombreuse, une manufacture peut compter un docteur dans son personnel; le patenterez-vous plutôt que l'intendant, le régisseur; ou d'autres comme lui aux appointemens? Si deux maisons considérables font un abonnement avec lui, paiera-t-il patente en raison de ces deux traitemens fixes qu'il reçoit de deux familles a qui il se consacre uniquement? Le patenterez-vous s'il est attaché à trois maisons, s'il l'est à quatre, à dix, à vingt? Ce doit être la même chose. Comment établirez-vous qu'un médecin tire profit de la pratique de son art? Ce n'est pas à lui à vous prouver qu'il ne reçoit pas d'honoraires; une preuve négative ne se fait pas; c'est à vous à lui prouver qu'il en reçoit habituellement, et que comme une marchandise, il ne donne ses soins que contre de l'argent. Il y aurait autant de justice à frapper d'un pareil impôt ce riverain de la mer ou des grands fleuves qui sauve habituellement des naufragés, des gens qui se noient. Empêcherez-vous aussi celui-là d'exercer, sans lui faire payer une patente de nageur?

Lorsque, dans la confusion et le trouble de la première révolution, on a soumis les médecins à la patente, pendant dix ans les écoles publiques avaient été fermées, pendant dix ans aucune réception n'avait été faite, et ils étaient par conséquent assez peu nombreux pour que leur état leur produisit un revenu assuré. C'est sans doute ce motif qui les fit alors ne pas élever des réclamations assez vives pour qu'elles fussent écoutées; mais aujourd'hui que cette carrière ne peut être suivie que par inclination; aujourd'hui que le produit en est plus incertain que jamais, il est temps d'élever la voix pour que l'on répare cette injustice, et de demander si la patente est un impôt sur l'industrie et le négoce, qui sert à faire foi devant les tribunaux que tel individu est commerçant, si les lois sur les faillites et les lettres de change lui peuvent être appliquées, si en raison de sa profession il est sujet à la contrainte par corps, et s'il a le droit de la demander aux tribunaux consulaires contre ceux qui ne le paient pas, ou si c'est un impôt dont on prétend frapper toute capacité qu'on aurait à exercer une science, un art libéral, un talent, et qui doit atteindre la généralité de ceux qui se livrent à un travail intellectuel, ou tout apte à le faire. Si vous voulez donner une telle extension à cette loi, frappez donc de la patente non-seulement le médecin, l'avocat, l'homme de lettres, le peintre, le musicien, tout ce qui est artiste ou savant, tous ceux à qui leur talent donne un revenu présumé, mais encore toutes les fonctions, tous les emplois civils et militaires qui ont un revenu certain, à commencer par les ministres eux-mêmes.

S'il n'en doit pas être ainsi, il m'est permis de compter sur la justice et les lumières des députés pour ne pas voir les médecins plus long-temps dans une position exceptionnelle, continuer, seuls de tous ceux avec qui leur profession a de l'analogie, à payer la patente. La loi de brumaire an VII doit être abrogée dans ses dispositions relatives à la pratique de l'art de guérir, loin d'étendre l'impôt sur ceux qui exercent des fonctions gratuites, et le gouvernement issu de la révolution de juillet ne voudra pas nous faire regretter la modération des lois fiscales de la république.

Vous, députés de la France, qui au commencement de cette session avez fait pressentir que vous voudriez plutôt une économie plus sévère qu'une augmentation des impôts, vous surtout que l'étude des lois a fait choisir par vos concitoyens pour concourir à nous en donner, avocats, que le projet de loi avait désignés aussi pour être sujets à la patente, soyez nos défenseurs; ce que le fisc n'ose vous demander aujourd'hui, il vous le demandera demain; l'analogie de notre position l'y autorisera. En protégeant notre indépendance et notre dignité, plus encore que nos intérêts, vous protégerez aussi l'indépendance et la dignité de votre profession. Aujourd'hui l'on ne vous épargne que parce que l'on vous craint; si vous n'étiez en nombre dans la chambre des députés et que le choléra fût dans nos murs, ce serait vous qui seriez frappés, nous que l'on épargnerait. Est-ce là la justice de la charte, qui dit que tous les citoyens doivent contribuer indistinctement aux charges de l'état dans la proportion de leurs fortunes? j'en appelle à la générosité de vos cœurs, à l'équité de votre jugement, est-ce une fortune qu'une profession purement intellectuelle? Quant à nous, membres du corps médical, si les observations qu'ont adressées les facultés, les académies, les corps savans auxquels nous appartenons n'ont point été écoutées jusqu'à ce jour, ne cessons pas de protester énergiquement contre une telle application de la loi des patentes, qui tend à nous interdire les études et la générosité, nos plus doux priviléges; qui tend à dégrader nos esprits, à énerver nos vertus. Notre conviction deviendra celle de tous les hommes qui ont quelques idées philantropiques et généreuses, et nous réussirons, n'en doutons pas, à recouvrer dans son intégrité le droit de partager notre temps, librement et sans payer, entre des travaux utiles à l'humanité, et des devoirs envers elle imprescriptibles, mais immen-

ses, le droit enfin d'exercer noblement la plus noble des professions.

A.-L. Louyer-Villermay, D.-M.-P.

N° DE NOVEMBRE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

—

Généralités sur le diagnostic et le traitement des surdités de naissance, et sur le choix des sujets qui doivent être mis en traitement; par M. Deleau, jeune.

(Suite (1).)

En lisant mon Traité sur l'emploi de l'air atmosphérique dans les affections de l'oreille moyenne et sur lequel MM. Savart et Magendie ont fait un rapport à l'Académie, on s'assurera que je possède les moyens d'obtenir les renseignemens les plus exacts sur l'état sain ou malade de cet organe.

Voici une application de ma théorie qui a été faite sur les sujets précédemment nommés.

Ernest Griolet me fut présenté à l'âge de sept ans; sa santé avait toujours été parfaite; l'extérieur de sa tête, sa gorge, la membrane pituitaire étaient dans un état sain. Cet enfant ne donnait et ne donne encore aucun signe d'audition. Il avait subi plusieurs traitemens, il fut sondé avec une grande facilité; l'instrument parcourut la trompe d'Eustache dans l'étendue d'un pouce. L'air poussé dans la caisse y produisit un bruit sec qui retentissait dans toute l'étendue de cette cavité. Ce premier essai me fit juger sur-le-champ de l'incurabilité de la surdité.

Mullener, âgée de dix-sept ans, douée d'une santé parfaite, se trouvait dans la même position que Griolet quant à l'état de l'oreille externe, de l'arrière bouche et des fosses nasales. Les premières tentatives, faites avec la sonde, furent sans résultat pour l'ouïe; à peine le bec de cet instrument pouvait-il pénétrer de trois lignes; l'air, poussé avec force, n'avait pour résultat que de produire des vibrations de l'orifice de la trompe. Ce premier signe donna de l'espoir. Les jours suivans on entendit le bruit se rapprocher de plus en plus de l'oreille externe, un petit filet d'air s'échappa enfin dans la caisse et l'ouïe commença à naître.

Dussault était affecté, outre son éruption dartreuse, d'une phlegmasie chronique de toute l'arrière bouche. La sonde pénétra sans que j'éprouvasse de grandes difficultés pour l'introduire. L'air fit entendre un bruit muqueux des plus intenses; c'était un gargouillement qui avait lieu dans toute l'étendue de l'oreille moyenne. Le pronostic fut, comme on le pense bien, très-avantageux.

Eugène *Le Comte* avait été menacé d'hydrocéphale; on pouvait donc croire que sa surdi-mutité provenait d'une affection du cerveau ou de ses annexes. L'opération du cathétérisme et l'introduction de l'air donnèrent à peu près les mêmes résultats que ceux que nous avons remarqués chez *Mullener*. Mon pronostic dut être le même; l'ouïe n'est cependant pas, à beaucoup près, aussi bonne.

Mademoiselle de la P. avait reçu un coup à la tête étant encore enfant. Il en résulta une cophose de l'oreille droite qui fut guérie par l'emploi de la sonde et de l'air.

J'ai cité, à dessein, cinq observations de surdité, dont les causes éloignées sont entièrement différentes. J'ai aussi fait choix d'affections locales, variées, afin de faire mieux connaître la bonté de mes moyens d'investigation. Dans le premier cas, nul obstacle ne se rencontre à l'introduction de la sonde; elle glisse facilement le long du mandrin; l'air indique que la caisse est complétement libre. Ces expériences ne démontrent pas, il est vrai, que l'oreille est privée de l'étrier comme on peut bien le présumer d'après l'examen du cadavre du frère de Griolet, mais elles prouvent, (et cela suffit), que, dans tous les cas semblables, c'est-à-dire quand l'air circule librement dans toute l'oreille moyenne, on ne doit tenter aucun moyen curatif, du moins tant que la science sera bornée aux connaissances acquises jusqu'à ce jour.

Mullener semblait être dans le même cas; la sonde seule a démontré le contraire: tout examen extérieur ne pouvait rien apprendre.

Un vice herpétique et une surdité concomitante pouvaient, chez *Dussault*, faire croire qu'il y avait liaison intime entre les deux maladies; l'air et la sonde ont prouvé que cette présomption était fondée; sans les agens explorateurs, on serait resté dans le doute.

Chez Lecomte, quel est le médecin qui n'aurait pas cru à l'existence d'une surdi-mutité par lésion de l'encéphale?

Enfin, ne pouvait-on pas présumer qu'il en était de même chez mademoiselle de la P?... Le coup reçu à la tête avait été si violent, qu'il en était résulté un état comateux qui s'est prolongé plusieurs jours.

Que l'on compare maintenant mes moyens d'établir le diagnostic des maladies de l'oreille à ceux que MM. Itard et feu Saissy ont proposés. J'engage surtout à en faire l'expérience, mais seulement après un temps d'étude suffisant et une pratique de quelques années. Je passe maintenant aux choix des sujets.

Dans le choix des sourds-muets qu'on se propose de mettre en traitement, il faut avoir égard:

1° Au temps que l'on pourra employer pour traiter la maladie de l'oreille, pour éduquer l'ouïe et pour former les organes de la parole à une prononciation distincte;

2° Au local où ils seront placés et au choix des personnes avec lesquelles ils communiqueront;

3° A leur âge;

4° A l'état de leur santé;

5° Et enfin au degré d'intelligence dont ils sont doués.

(1) Voyez le numéro précédent.

Il ne faut pas se le dissimuler ; c'est une grande entreprise que de traiter un sourd-muet. Que de patience il faut apporter, que d'adresse il faut déployer pour pénétrer au centre de l'organe de l'ouïe, y découvrir par le tact seul les changemens que l'on y opère! Que d'observations minutieuses il faut recueillir! tous ces détails qui se rattachent exclusivement à la sagacité du médecin sont cependant encore peu pénibles, si on les compare aux entraves que l'on rencontre pendant le cours du traitement, soit de la part des parens qui ne peuvent accorder le temps nécessaire, soit par les locaux que les sujets habitent, soit enfin par le peu d'empressement que l'on apporte dans l'emploi de mille petits soins hygiéniques absolument nécessaires au traitement d'un organe aussi délicat que celui de l'oreille. Ces soins sont indispensables à la réussite du traitement, car, comme on doit bien le penser, on ne désobstrue pas de petits canaux engorgés ou rétrécis depuis la naissance sans être obligé de se mettre continuellement en garde contre le développement d'une sensibilité organique qui, quoique latente, est cependant assez vive, non-seulement pour entraver la cure, mais pour détruire complètement les premiers succès sur lesquels on fondait les plus belles espérances. Si, dans le cours d'une opération de lithotritie, d'une ligature de vaisseaux, ou après une amputation, il se déclare une inflammation, une métastase, ces accidens, aussi perceptibles au malade qu'au médecin, sont à l'instant combattus, et leurs suites en général ne sont pas nuisibles aux fonctions de l'organe opéré ; mais dans l'oreille, qu'il y survienne une inflammation légère sans douleur, que le malade vaque à ses affaires, qu'il se livre à ses plaisirs habituels, qu'il néglige le régime, etc., la maladie que l'on combat se renouvelle, ou se propage dans le labyrinthe et le sens auditif est perdu sans ressource.

Ces réflexions suffisent, je pense, pour démontrer avec quelles précautions il faut choisir une habitation saine, et des personnes intelligentes pour surveiller les sujets que l'on opère et leur faire suivre le régime prescrit.

Si l'on ne peut avoir près de soi les individus assez de temps pour éduquer l'ouïe, c'est-à-dire pour mettre ce sens en rapport avec les fonctions du cerveau, établir ses relations avec les organes de la parole, qui exigent eux-mêmes une série de soins, il ne faut pas commencer le traitement de la maladie de l'oreille, car on perdrait entièrement tout le fruit du traitement le mieux dirigé. J'ai discuté suffisamment cette question dans plusieurs mémoires imprimés ; j'aurai encore l'occasion d'y revenir en rapportant l'histoire de mes élèves.

Aussitôt qu'on s'aperçoit qu'un enfant est affecté de surdité, et surtout si cette infirmité doit le conduire au mutisme il faut en rechercher la cause ; mais malheureusement si cette cause réside exclusivement dans le centre de l'organe auditif, on ne peut guère s'en assurer par la sonde et la douche d'air avant l'âge de cinq à six ans. J'ai cependant rencontré des enfans assez dociles pour se laisser sonder à quatre ans : l'amour-propre chez ces petits êtres est très-précoce ; c'est chose admirable que de les voir prendre une résolution ferme à la vue d'autres enfans déjà habitués à la sonde. Le chatouillement, la douleur même n'ébranle pas leur courage. Si le bas âge est un obstacle au traitement, un âge trop avancé doit encore plus souvent éloigner les médecins de toute tentative de guérison. Les sourds-muets qui ont passé l'âge de seize ans, sont peu aptes à recevoir les bienfaits de l'art chirurgical, car, outre que le temps a aggravé l'affection locale, soit en épaississant les tissus, soit en obstruant complétement l'oreille interne, les organes de la parole ont aussi acquis le terme d'accroissement qui les rend impropres au langage articulé. Le cerveau lui-même qui s'est exercé depuis l'enfance sur les signes mimiques, se prête avec une peine infinie aux relations nouvelles qui doivent occuper la pensée.

L'état de la santé doit aussi être pris en considération. Comment parviendra-t-on à guérir une maladie de la caisse du tambour, si tout le système muqueux, source des affections scrofuleuses, est tombé dans un état maladif permanent? Quel pourra être l'effet des sondes, des douches chez ces jeunes enfans que l'on abreuve d'antiscorbutiques, de tisannes amères, etc. ?

Enfin le médecin ne fera aucune tentative avant d'avoir apprécié le degré d'intelligence des sujets ; car on rencontre souvent des adolescens qui entendent passablement bien la parole, et cependant ils ne parlent pas. A quoi servirait de donner l'ouïe à un degré égal à un sourd-muet qui ne saurait en faire aucun usage? ne serait-ce pas donner à un individu qui ignorerait l'art d'écrire tous les instrumens nécessaires pour tracer ses pensées ? Nous allons avoir occasion de faire sentir toutes ces vérités en relatant l'examen que je fis des jeunes sourds-muets qui sont à l'Hospice des Orphelins de Paris.

Lorsque je fus chargé d'examiner ces infortunés, je les rangeai dans l'ordre suivant (1) :

1° Les sourds-muets adultes jugés impropres à recevoir l'éducation auditive et vocale, quand même ils acquerraient la faculté d'entendre ;

2° Les enfans trop jeunes et ceux qui étaient affectés de maladies graves. On en comptait trois : un portait un anévrisme ; le second une teigne qui occupait tout le cuir chevelu et, enfin, le troisième avait les yeux très-malades depuis plusieurs années ;

3° Les muets, par défaut d'intelligence plutôt que par la perte totale de l'ouïe ; ces individus furent, comme on le pense bien, exclus de tout examen fait au moyen des sondes et des douches d'air ;

4° Enfin, la dernière classe comprenait tous ceux qui devaient être explorés par le cathétérisme de la trompe d'Eustache ; il s'en trouvait sept ; six filles et un garçon. Ce furent les nommés *Lefèvre*, *Courcelle*, *Chevalier*, *Laurent*, *Adélaïde Mullener*, et enfin *Nogoret* qui entra à l'hospice quelques jours après mes premières séances de traitement, auxquelles assistèrent MM. Baffos

(1) Voyez mon rapport adressé aux membres de l'administration des hospices de Paris. *Bulletin univ. des Sciences*. Juillet 1829

et Kapeler, médecins nommés par l'administration des hospices pour suivre mes expériences. L'air, introduit dans l'oreille moyenne des trois premières, parcourut toutes les sinuosités de cette portion d'organe; on entendit distinctement le bruit sec qui a toujours lieu dans l'état sain. Mes expériences se bornèrent à cette épreuve qui suffit pour prononcer l'incurabilité des cophoses congéniales.

Laurent et *Adélaïde* étaient sujettes aux congestions sanguines vers la tête, l'arrière bouche se trouvait habituellement dans un état de phlegmasie semi-aiguë. Cependant, malgré cet état, la sonde put pénétrer dans les trompes; elle indiqua le rétrécissement de ces conduits, et la douche d'air produisit le bruit muqueux de la caisse.

Mullener et *Nogaret* ne portaient aucune maladie, aucune indisposition apparente; leur gorge était en bon état; cependant l'oreille moyenne avait été le siége d'une ancienne affection, puisque j'y rencontrai un rétrécissement accompagné d'obstruction, que la sonde et l'air suffirent pour dissiper. Par suite, l'ouïe ne tarda pas à se développer.

Cette marche que j'ai suivie dans l'exploration de mes jeunes orphelins, est, je crois, parfaitement rationnelle. Pour les uns, soit à cause de leur âge, soit parce qu'une maladie grave compromet l'état général de la santé, l'art chirurgical est impuissant; c'est la raison qui proscrit toute tentative de guérison; pour d'autres, on s'abstient de leur faire subir un traitement, parce qu'on ignore le siége et la nature du mal : d'ailleurs, quand on saurait que le labyrinthe est engorgé, que les nerfs sont paralysés, quel remède emploierait-on? *Le galvanisme, les perturbations des grands organes!* Laissons de telles ressources aux empiriques.

Mais quand on peut explorer directement l'organe, s'assurer du siége et de la nature de la cause prochaine, quelle confiance on a dans les agens thérapeutiques administrés avec toute l'habileté que donne une longue expérience! Les sourdes-muettes, *Laurent et Adélaïde*, ne devaient-elles pas être mises de suite et avec confiance à un régime anti-phlogistique secondé par des dérivatifs très-actifs, pour préparer l'organe à recevoir la sonde et les douches d'air?

Ce traitement, si bien compris et si bien indiqué, n'a pu être mis en pratique que pour la seconde de ces jeunes filles; la première souffrait depuis plusieurs mois d'un catarrhe pulmonaire qu'elle aggrava jusqu'à la mort par des habitudes vicieuses.

Mullener et Nogaret se trouvèrent dans un cas plus favorable que ces deux dernières. Ils n'étaient atteint d'aucune affection aiguë, leur infirmité fut contenue et céda, on peut dire, complétement à l'emploi seul des douches d'air. Voilà donc de nouveaux faits bien constatés qui ne laissent plus aucun doute sur l'efficacité de cet agent que j'ai introduit dans l'art de traiter les maladies de l'oreille.

Pour compléter ce que j'avais à dire ici sur le diagnostic des surdi-mutités, il faut étudier dans mon traité de l'emploi des douches d'air, le chapitre trois, qui traite des recherches sur les causes prochaines de la surdité accidentelle.

DELEAU jeune.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Considérations pratiques sur l'explorations symptomatologique de l'œil et de ses annexes; par M. CARRON DU VILLARDS.

Oculus ad vitum nihil facit,
ad vitam beatam nihil magis.
BOERHAAVE. *Institutiones*

Lorsque l'on réfléchit à l'importance des fonctions de l'œil, à son admirable construction, on ne saurait trop s'occuper des moyens de conserver cet organe dans toute son intégrité. La vue est sans contredit le plus grand des biens, et sa perte apporte sur le bonheur de la vie une très-grande influence, si bien exprimée par l'éloquent Boerhave, dans l'épigraphe tirée de ses leçons, et placée en tête de ce travail.

On doit savoir gré à ceux qui ont fait, non-seulement tant de recherches pour faire parvenir l'ophthalmologie au point où elle est arrivée de nos jours, mais encore à ceux qui en cherchant à la faire rentrer dans le domaine de tout chirurgien, lui en facilitent l'étude. C'est dans ce but qu'a été écrit l'ouvrage éminemment pratique du professeur Himly de Gœttinge. Malheureusement ce travail n'est point livré au commerce, car l'auteur l'a offert en souvenir à ses nombreux auditeurs, et la dissertation allemande de Charles Karl mérite à peine qu'on la cite.

Nous avons pensé qu'en rédigeant, pour l'instruction des médecins qui veulent étudier les maladies des yeux, un aperçu sur l'exploration symptomatique de l'œil, nous leur rendrions service. Afin d'en rendre l'intelligence plus facile, nous l'avons formulé en propositions.

I. L'exploration méthodique et symptomatologique de l'œil, constitue une branche de l'ophthalmologie générale, connue sous le nom d'*Ophthalmoscopie.*

II. L'œil et ses annexes étant en grande partie placés à la surface du corps, et cet organe étant composé d'humeurs diaphanes, l'ophthalmoscopie s'exerce en partie par la vue simple ou grandie par des instrumens d'optique connus sous le nom d'ophthalmoscopes.

III. L'exploration manuelle concourt dans un grand nombre de cas à aider et même à rectifier l'exploration visuelle. Toutes deux demandent un ensemble d'actions méthodiques qui le mette en harmonie. Ainsi, on commence par voir et examiner avec soin, sans toucher l'organe, de crainte que le tact ne développe quelques phénomènes accessoires, et étrangers à la maladie : une fois que l'on aura bien vu, l'on pourra passer à l'exploration manuelle.

IV. La vue apprécie les couleurs des tissus, la forme

de leurs vaisseaux, la transparence des humeurs, l'obscurcissement des milieux réfringens ; les contractions des muscles et des organes doués de contractilité; le nombre et la configuration des produits anormaux, la quantité des organes qui manquent, la nature des sécrétions, enfin l'ensemble de l'appareil oculaire : cela à œil nu, ou aidé de puissances microscopiques, ou éclairé par des condensateurs de lumière, tels que les miroirs creux et les prismes.

V. Par le toucher manuel, on constate la résistance et l'ampleur du globe, les altérations dans la souplesse ou dans la consistance des tissus, des canaux, des glandes, du périoste, de l'os ; on reconnaît des produits anormaux ou traumatiques qui ont échappé à la vue ; enfin, on découvre des collections de fluides accumulés par engorgement des conduits, ou produits par des sécrétions anormales : cette exploration s'exerce avec la main seule, ou avec des instrumens accessoires, tels que sondes, stilets, bougies.

VI. Dans le plus grand nombre des cas la lumière ordinaire du jour suffit pour examiner l'œil ; dans quelques cas, elle doit être vive et éclatante ; il doit être possible de la modérer au besoin. Dans des occasions, rares, il est vrai, et spéciales, on doit se servir d'une lumière artificielle pour étudier les milieux transparens de l'œil, et analyser la nature des reflets lumineux qui s'y produisent. Toutefois, il faut agir avec précaution de crainte de fatiguer l'œil par une lumière vive, prolongée : ce moyen ne sera employé que lorsque l'on aura acquis la conviction que l'organe ne peut la supporter. Il faut toujours choisir un jour franc.

VII. Afin de procéder avec plus de simplicité et de méthode dans l'examen symptomatologique de l'œil, nous suivrons l'ordre anatomique. Ainsi, nous commencerons par les sourcils, les rebords orbitaires, les paupières, les points et conduits lacrymaux, le sac réservoir des larmes, et l'organe qui les sécrète : de là nous passerons aux tarses, aux bulbes des cils, à la caroncule, aux cils, à la conjonctive oculaire et palpébrale, au globe de l'œil examiné en masse et séparément ; enfin, à l'état du canal lacrymal et de la muqueuse nazale.

VIII. Au moyen de l'œil et du toucher, on s'assurera de l'état des sourcils, de la peau et des bulbes qui leur donnent naissance. On examinera avec soin s'ils ne sont point le siége d'exanthèmes, d'insectes, des exotoses, de tumeurs, de cicatrices, ou de corps étrangers : afin de rendre cet examen complet, on promènera les doigts avec soin et précaution sur toute leur surface.

IX. Les mêmes précautions sont indispensables pour les rebords orbitaires ; il faut rechercher avec soin s'il n'y existe aucune fracture, blessure, périostose, tumeur, suppuration, fistule, corps étrangers : pressera avec une certaine force et graduellement sur les trous sous et supra-orbitaires pour étudier l'état physique des nerfs auxquels ils donnent issue, et leur sensibilité.

X. Les paupières doivent être examinées d'abord fermées, puis ouvertes. Nombreux sont les points qui doivent fixer l'attention de l'exploration : 1° l'ampleur de ces voiles mobiles et le degré de leur fente, l'étroitesse de celle-ci ou sa grande proportion ; l'étroitesse est-elle congéniale, accidentelle, le résultat de cicatrices, ou d'inflammations antérieures ou présentes, enfin d'une contraction spasmodique ou permanente des muscles connue sous le nom de blépharospasme ? 2° leurs mouvemens doivent être étudiés avec soin : sont-ils lents, vifs, brefs, convulsif ou paresseux ; leur clignement est-il sympathique de l'affection de l'œil, ou indépendant, l'action du blepharospasme : a-t-elle produit dans le grand angle de l'œil un repli de la peau pendant en forme de sac, accidens fréquens chez les vieillards et les enfans scrofuleux ? 3° noter la coloration, l'épaisseur des paupières, l'injection vasculaire de leurs tissus, la turgescence ou la flaxidité de leur peau ; examiner s'il n'y existe pas endurcissement partiel, général, œdémateux, phlegmaseux, furonculeux ; si elles ne sont point le siége de tumeurs ayant leur siége dans leurs rebords libres ou dans leur union avec l'orbite ; promener avec précaution les doigts en divers sens : cet organe rencontre souvent des points saillans que l'œil a laissé échapper ; 4° étudier l'action du muscle élévateur, comparée à celle de l'abaisseur, demander si le malade est myope, s'il contracte habituellement les paupières ; 5° enfin, prendre une connaissance exacte de l'état des bords des paupières, pour savoir s'ils ne sont point renversés en dedans ou en dehors.

XI. Il faut s'enquérir avec soin de la situation des points lacrymaux : savoir si leur ouverture est béante, nette, en forme d'infundibulum, fendillée ou ulcérée, si la muqueuse qui les entoure n'est point hypérémiée, végétante ou ulcérée ; si les mamelons lacrymaux ne sont point déviés en dehors par l'état de la muqueuse, ou projetés en dedans par l'action spasmodique du muscle orbiculaire ; chercher à reconnaître s'ils ne contiennent aucuns corps étrangers tels que poils, tumeurs cystiques ou concrétions pierreuses ; engager le malade à se boucher le nez et à fermer la bouche pendant qu'il pousse de l'air avec force dans l'intérieur des narines, afin de constater qu'ils sont perméables à celui-ci ; promener la pulpe des doigts sur leur trajet, afin de reconnaître s'ils sont durs, calleux ; enfin les explorer au besoin avec les stylets de Mejean, de Jæger, ou les nôtres.

XII. Pour ce qui concerne le sac, il faut constater sa position, son état de vacuité ou de réplétion, la coloration de la peau qui le recouvre ; presser sur lui avec méthode pour savoir s'il reflue par les points et conduits lacrymaux, des larmes ou une sécrétion muqueuse ou purulente ; rechercher avec soin s'il n'y existe aucune callosité, ulcération, fistule, concrétion, si le rebord du canal nazal n'est le siége d'aucune exostose, périostose, ou tumeur.

XIII. La glande lacrymale est souvent le siége d'une tumeur ou d'une hydatite : chercher à reconnaître par le toucher, si elle est plus volumineuse que de coutume, si elle déborde l'arc obitaire, si elle sécrète beaucoup plus de larmes qu'à l'ordinaire, si cette sécrétion est nocturne, diurne, si elle a des rapports avec l'action de

la lumière sur l'œil ; enfin si la sécrétion lacrymale est diminuée ou supprimée.

XIV. Les tarses méritent une attention toute spéciale dans l'examen de leurs bords, de leurs attaches, de leur position renversée en dedans ou en dehors, dans l'uniformité de leurs formes. L'examinateur se rendra compte de leurs rapports avec les bulbes, avec les glandes de Meïbonius ; il cherchera à s'assurer s'il y a des cicatrices, des tumeurs, des brides, ou des ulcérations.

XV. L'examen de la longueur, de la grosseur, de la coloration des cils, de leur position, forme un point important de l'ophthalmoscopie : il sera donc nécessaire de voir si au moment où les paupières s'ouvrent ou se ferment, les cils ne frottent point le globe de l'œil ; si ce frottement est général, partiel, ou limité à un ou plusieurs poils ; si ce contact anormal est le produit d'une contraction musculaire, d'une cicatrice des tarses, d'une déviation des bulbes ou d'une tumeur. On examinera si les cils sont agglutinés entre eux par une matière plastique en forme de croûte ; enfin, on verra s'ils ne dévient point dans leur longueur.

XVI. Cet examen terminé, on passe à celui de la caroncule lacrymale. N'est-elle point trop volumineuse, le siége de poils ou de granulations ? n'existe-t-il point entre-elle et la membrane clignotante ou rebord conjonctivien-falciforme, des corps étrangers, des poils ou des concrétions ? Enfin la caroncule est-elle ulcérée, atrophiée, ou manquant tout-à-fait ?

XVII. L'examen de la conjonctive qui tapisse l'intérieur des paupières et le globe de l'œil n'est pas d'un intérêt médiocre : on procède d'abord à celui des parties qui peuvent être considérées sans que l'on touche aux paupières. Ce n'est qu'après avoir examiné avec soin le grand et petit angle de l'œil, le rebord falciforme qui forme chez l'homme la membrane clignotante, que l'on passe aux paupières. Il faut commencer par les soulever légèrement avec la pulpe du doigt, en les attirant en haut ou en bas. Pendant cette opération, la tête du malade doit être légèrement penchée en arrière. Dans cet examen, il faut prendre en note la coloration, la densité de la conjonctive, l'état de ses vaisseaux ; s'assurer s'il n'y a ni tumeurs, ni pustules, ni granulations, ni ulcérations ; étudier avec soin la configuration et la marche des vaisseaux sanguins, chercher à reconnaître ceux qui sont accidentellement développés et leur origine. Pour rendre cette inspection plus facile, il faut, au moyen d'un stylet fort et émoussé, renverser la paupière en arrière, position qu'elle conserve facilement. Alors, rien n'est plus facile que de s'assurer de l'état interne de ces voiles mobiles, et de se convaincre si l'état pathologique n'est point produit ou entretenu par des corps étrangers.

XVIII. Pour ce qui concerne la conjonctive oculaire, on prendra les mêmes précautions, en se rappelant qu'il est des points où, à l'état normal, elle adhère moins à la sclérotique, et que c'est dans ces parties que le boursoufflement se forme le plus vite ; c'est surtout à la limite de la cornée et de la sclérotique que ce phénomène est plus appréciable. Il faut toujours avoir ce fait présent à la mémoire, parce que dans des cas de cette nature, la conjonctive hypérémiée s'élèvant en bourrelet autour de la cornée comme une sertissure, il se manifeste une illusion optique qui fait croire à la présence d'un corps étranger dans la chambre antérieure. Vers le point où la conjonctive oculaire abandonne la sclérotique pour venir tapisser la paupière, il existe un grand repli falciforme, lâche, abondamment pourvu de vaisseaux, s'étendant du grand au petit angle : cette partie est promptement sujette au boursoufflement, et, en peu de temps, arrive à cacher tout le segment inférieur de l'œil.

Il est facile de constater ce relâchement de la conjonctive, en soulevant la paupière inférieure avec le doigt, ce qui produit à l'instant un pli.

La congestion partielle de la conjonctive dans son diamètre temporo-nazal, en persistant long-temps, produit des altérations de tissus donnant lieu à une maladie connue sous le nom de *ptérigion*, qui peut revêtir diverses formes, telles que la graisseuse, la phlébectasique et la lardacée ; affections dont il faut toujours reconnaître les limites et la nature avant de passer à leur extirpation.

Il est facile d'établir la différence des vaisseaux de la sclérotique d'avec ceux qui se perdent dans la conjonctive : les premiers sont plus fins, plus droits, plus fixes ; les autres, au contraire, sont serpentans très-mobiles, plus gros, et surtout plus bleus.

XIX. En considérant le globe oculaire en masse, il faut s'assurer de sa position plus ou moins superficielle ou profonde, s'il est égal à l'autre ; enfin si ses mouvemens s'exécutent dans un isochronisme parfait avec le correspondant, et quelle est leur direction habituelle. On étudiera ses rapports avec les arcades sourcilières, le nez, les paupières, et la distance qui existe entre les deux yeux.

XX. On s'assurera de son degré de tension soit par la vue, soit en exerçant sur lui, au moyen des doigts, un léger refoulement. Quand il saillit outre mesure, il est de la dernière nécessité de chercher à reconnaître si c'est par une augmentation de volume de l'organe, ou par la présence d'une tumeur intra-orbitaire, par l'hypérémie de la glande lacrymale, ou par une exostose ou une périostose de la boîte osseuse qui le contient : souvent en pressant méthodiquement sur le bulbe, l'on voit se former autour de lui, dans le repli falciforme de la conjonctive un bourrelet qui n'est autre chose qu'un liquide sécrété ou épanché au fond de l'orbite, et chassé en avant par la pression exercée sur l'organe.

XXI. La cornée mérite une attention sévère ; ses fonctions sont si importantes que l'on ne saurait trop examiner avec soin les altérations de formes ou de tissus que l'on ne pourrait y reconnaître. Ainsi on notera avec soin le degré de sa convexité, de sa transparence, du poli et de l'éclat de sa surface ; c'est dans ce cas qu'il sera convenable de pratiquer l'inspection latérale, parce qu'elle fait découvrir de petites ulcérations des corps étrangers, des granulations qui avaient échappé à l'observateur pendant qu'il examinait l'œil de face : rechercher si la cornée n'est point environnée d'un dis-

que rayonnant de petits vaisseaux qui ont leur siége entre la conjonctive et la sclérotique ; si quelques vaisseaux capillaires noueux s'avancent sur elle, se perdent dans sa profondeur, ou vont s'anastomoser avec ceux du côté opposé. Quant au cercle opalin que l'on observe à sa circonférence, on ne l'observe que chez les vieillards, et il constitue le cercle sénil ou *gérontoxon*.

XXII. La sclérotique doit aussi fixer les regards de l'observateur dans toutes les parties accessibles à l'œil et au doigt. On notera avec soin sa couleur ; car, dans un grand nombre de circonstances, elle en revêt une spéciale et pathognomonique. On aura soin d'examiner attentivement si elle n'est point le siège de quelques petites tumeurs isolées ou en groupe, d'un blanc jaunâtre ou légèrement colorié en bleu. Dans ce cas, il sera bon d'examiner l'œil en biais, afin de reconnaître s'il n'existe point d'ulcérations. Nous avons indiqué ailleurs (Parag. XVIII) les moyens de reconnaître les vaisseaux sclérotidiens de ceux propres à la conjonctive.

XXIII. Mais si la cornée transparente et la sclérotique demandent un examen particulier, l'iris à son tour mérite une investigation précise et minutieuse, et qui porte sur plusieurs points de vue différens. Les principaux ont trait à sa coloration, à ses formes, à sa texture, à sa position et à sa contractilité : 1° Coloration. On aura soin de voir si dans quelques points de cette cloison mobile il n'existe point une rougeur morbide qui décèle ordinairement l'existence d'une inflammation de l'iris, affection malheureusement plus fréquente que l'on ne l'a cru de nos jours. Le cercle interne est dans quelques circonstances le siége d'une injection vasculaire assez prononcée, qui est ordinairement le résultat d'une inflammation, ou tout au moins d'une congestion sanguine ; car je l'ai vue quelquefois avoir lieu dans les affections glaucomateuses de l'œil et dans les fongus médullaires commençans ; 2° après les inflammations aiguës de l'iris, celui-ci reste souvent pâle et décoloré ; 3° un prompt changement dans la coloration de l'iris, dénote en général une inflammation rapide ; mais, dans ce cas, il importe d'examiner si l'humeur aqueuse n'a point elle-même subi une transformation de couleur, soit par l'épanchement de quelques gouttelettes de sang, soit par la résorption de la bile, circonstance notée par *Franck*, soit enfin par la dissolution de particules métalliques qui avaient pénétré dans la chambre antérieure, ainsi que j'ai eu occasion de l'observer à plusieurs reprises.

On ne perdra point de vue que chez quelques hommes on observe, comme sur les animaux, diverses colorations de l'iris qui ne sont point un résultat pathologique, mais bien une conformation congéniale.

4° Ce sera ensuite le moment de reconnaître la position de l'iris en tenant compte de ses rapports avec le cristallin et la chambre antérieure : on considérera s'il n'est point bombé en avant ou en arrière, et si cette cloison n'est point affectée de tremblemens, surtout très-appréciables quand l'œil se meut, ce qui annonce en général un relâchement des procès ciliaires et une diminution du cristallin. En procédant à cet examen, il faut toujours tenir compte de l'âge du malade, car chez les vieillards presbytes et chez les tout jeunes enfans, la face antérieure du diaphragme irien présente une convexité non équivoque ; 5° la mobilité de l'iris doit aussi fixer l'attention de l'observateur ; il faut l'étudier à différens degrés de clarté, quelquefois même en employant une lumière artificielle ou un ophthalmoscope réflecteur : on tiendra compte de la promptitude ou de la lenteur avec laquelle les mouvemens s'exécutent : s'ils cessent bientôt, ou bien si l'iris oscille pendant long-temps, enfin si la contractilité est isochrone dans les deux yeux. Pour cela il est nécessaire d'examiner un œil pendant que l'on tient l'autre recouvert de sa paupière, que l'on élève ensuite brusquement en répétant ensuite la même manœuvre sur l'autre œil.

XXIV. Il reste maintenant à examiner la pupille : on prendra surtout en considération sa dilatation ou son resserrement. On examinera si son contour est circulaire ou échancré, s'il est régulier ou anguleux, si enfin il est garni d'efflorescences noires ou blanchâtres. On cherchera à reconnaître si le bord libre de l'iris est mince et tranchant, épais ou confondu avec les parties profondément situées : s'il est le siége de petites tumeurs arrondies ou en grappes : si enfin cette membrane n'est point le siége de solutions de continuité anormales accidentelles ou congéniales.

Dans les cas douteux, l'on a recours à l'action de la belladone pour obtenir des dilatations variées de l'espace pupillaire, pour apprécier les modifications diverses que cette substance lui fait subir. Par ce moyen, l'on reconnaît souvent des adhérences avec le cristallin, qui avaient échappé à l'investigation simple.

XXV. Lorsque le cristallin est sain et que la pupille est largement dilatée, la vue pénètre profondément dans l'intérieur de l'œil, et l'on peut alors apprécier une grande partie de l'humeur vitrée et de la rétine ; on étudiera alors leur transparence : pour faire cet examen avec fruit, il faut placer convenablement l'œil afin qu'il reçoive une lumière favorable. Pendant cette investigation, il faut ordonner au malade de regarder fixement un point mobile dont on change la position à mesure que l'on veut examiner différens points de l'espace intra-oculaire ; par ce moyen, on dirige l'œil à volonté.

XXVI. Quand après avoir examiné avec soin l'état de l'appareil lacrymal, et que rien ne donne la raison de l'épiphora ou de la non perméabilité du canal, il faut alors examiner l'intérieur des narines afin de s'assurer si on n'en trouverait pas la cause dans un boursouflement de la muqueuse nasale, dans une déviation du cornet, ou dans la présence de polypes dans les narines : enfin, au moyen de la sonde de *Gensoul*, on peut cathétériser la partie inférieure du canal.

XXVII. Dans tous les cas où l'examen de l'œil exige l'application du doigt ou des instrumens, il faut que la main et ceux-ci ne soient point froids. Les doigts ne doivent pas être souillés par la présence de substances médicamenteuses, ni surtout imprégnés de principes contagieux, afin de ne rien communiquer au malade. Les mêmes précautions seront prises par l'examinateur, pour lui-même, quand il touche des paupières suppurantes

ou ulcérées; les nombreux exemples d'accidens produits de cette manière justifient cette précaution.

XXVIII. L'ophthalmoscopie, comme on le voit, embrasse un grand nombre de détails; chaque maladie des yeux, il est vrai, ne réclame pas un examen aussi minutieux que celui que nous venons d'indiquer dans les paragraphes qui précèdent: mais c'est en observant avec soin et en ne se hâtant point trop, que l'on évite les erreurs de diagnostic, non-seulement si préjudiciables au malade, mais encore si souvent funestes à la réputation du chirurgien.

CARRON DU VILLARDS.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

NOVEMBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

SUR L'EAU COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE.

Ce texte est un grand sujet de dissertation médicale et d'observation clinique, plusieurs articles de votre journal me paraissent devoir rappeler l'attention des médecins sur l'emploi de l'eau. Je viens joindre mon tribut, comme praticien, aux travaux par lesquels vous procédez à une grande œuvre scientifique; je vous l'offre, messieurs les rédacteurs, en signe de ma gratitude pour les services que vous rendez à la médecine, par l'indépendance que vous laissez aux idées des auteurs, la bonne foi de vos rédactions, et par le désintéressement de vos publications.

1. *De l'eau contre les affections externes.*

Quel peut être le mode d'action de l'eau employée comme topique contre les affections externes? Elle n'est pas un antiseptique dans le sens ordinaire attaché à ce mot; elle entrave, elle arrête le développement des propriétés vitales par la réfrigération, et en même temps elle nettoie la plaie, et par conséquent empêche toute résorption purulente, ce qui est d'une grande importance dans le traitement des grandes plaies, de celles surtout qui succèdent aux opérations chirurgicales.

Il faut suivre certaines règles dans l'emploi prolongé de l'eau froide. Ainsi, chez un sujet pléthorique dont la santé n'était altérée par aucune atteinte antérieure à l'accident, saignée abondante le premier jour, boissons acidulées et froides, diète absolue, applications continues d'eau froide sur les parties; c'est surtout du deuxième au troisième jour que l'orgasme est le plus actif et qu'il nécessite une grande exactitude dans la continuité de ce moyen, qu'il faut appliquer dans un rayon assez grand autour de la partie malade. Cette période dure quelquefois neuf et même douze jours. On reconnaît qu'elle est cessée, quand le malade commence à ressentir quelque refroidissement local, que les battemens n'existent plus avec force dans les artères aboutissant à la partie lésée, quand il supporte une légère compression sans qu'il en résulte une sensibilité plus vive que dans l'état ordinaire. Il faut alors cesser ou diminuer les applications froides. Tant qu'elles sont nécessaires, leur besoin se fait sentir aux signes suivans: *la chaleur du lieu malade se communique aux parties qui le recourrent et l'eau se vaporise rapidement.* Il faut surtout éviter de laisser dessécher l'appareil, car la méthode du refroidissement serait plus nuisible qu'utile, et c'est à cette condition seule d'une humidité et d'un degré de froid à peu près égal qu'est attaché l'heureux résultat de ce mode de curation.

Quand la suppuration est établie, il convient de cesser tout à fait ou en partie les applications: on commence par circonscrire davantage et arroser moins souvent. Il arrive quelquefois, surtout chez des sujets opposés par tempérament à celui que nous venons de citer, que les applications froides causent de graves accidens locaux et généraux, ne tendant à rien moins qu'à la gangrène; dans ce cas, la diète sera moins absolue, les boissons froides seront moins abondantes, ou corrigées par quelque infusion de violette, de tilleul, de fleur d'oranger. La période d'orgasme se termine à coup sûr le septième ou le neuvième jour. Quelquefois même un état de *stupeur locale* commence à se manifester à cette dernière époque; ce sont *des fourmillemens, de l'engourdissement, un froid profond dans la partie soumise à la réfrigération;* le gonflement se passe mais il y a perte d'élasticité dans les parties molles; elles *sont plissées, affaissées,* un peu *œdématiées,* la suppuration, s'il y en a, est moins belle. Quelques phénomènes généraux surviennent. Le malade éprouve *des syncopes, un frisson général et interne; il a de la morosité, des phénomènes d'ataxie atonique.* Mais cela n'a rien de grave, usage d'eau vineuse, de quelques cuillerées d'une potion légèrement excitante et sucrée, des frictions douces sur la partie réfrigérée avec un liniment huileux camphré et éthéré, de linges secs non chauffés, dans la journée les accidens seront dissipés: vous continuerez alors les pansemens secs que vous auriez dû commencer deux jours plus tôt.

Chez un sujet nerveux, après ces accidens graves qui impriment une violente commotion et doivent donner naissance aux accidens pour lesquels l'eau froide est employée, la saignée est utile selon des circonstances très-variables; car il est tel sujet nerveux dont les accidens se traitent à coup de lancettes, et tel autre par les calmans tant hygiéniques que pharmaceutiques; en toutes circonstances ces derniers doivent toujours être employés: les applications froides sont très-bien sup-

portées par les sujets de cette espèce, mais l'opium leur est utilement adjoint tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Des considérations d'âge sur lesquelles il est inutile d'insister, amèneront quelques modifications dans la durée des applications froides.

Je n'ai pas vu que la poitrine de quelques sujets délicats se soit jamais irritée de ce moyen.

Le cas de flux menstruel mériterait aussi quelques égards, si toutefois déjà il n'était pas supprimé par la brusque venue de l'accident contre lequel notre moyen est ordinairement appliqué. La saignée d'ailleurs en ferait raison et puis on pourrait commencer les applications par de l'eau tiède pour arriver insensiblement et bientôt à l'eau froide. Après ces données générales qui sont le fruit de mon expérience, je vais rapporter quelques faits.

1re Observation. — *Déchirement des parties tendineuses de la région sous-métacarpienne de la main droite, mâchure de la paume de la main et de l'avant-bras par les engrénages d'une machine à ourrer le coton.*

M. R*** se laissa prendre la main droite dans les pièces d'une machine en mouvement, arrêtée à temps. La lésion se borna à l'arrachement de la peau de toute la partie supérieure de la main, à la dénudation, au déchirement en long des tendons extenseurs et de leurs aponévroses. La paume de la main offrait quelques plaies contuses, ainsi que l'avant-bras. La nature de cette lésion était propre à déterminer une inflammation très-violente et très-douloureuse, vu l'état des tendons qui se trouvaient arrachés dans la moitié de leur épaisseur. Je relevai la portion de peau qui était décollée, je coupai les lambeaux de tendons qui flottaient dans la plaie, je la lavai des ordures qui la souillaient, je mis un linge fin et une bande pour maintenir un simple contact sans viser à une réunion immédiate, et je plongeai la main et l'avant-bras dans un baquet d'eau. Des linges assez épais furent maintenus autour des parties blessées; le tout était incessamment plongé dans le baquet ou arrosé. Le malade, d'un tempérament nerveux-sanguin, âgé d'une trentaine d'années, d'une bonne constitution, ne fut pas saigné, il observa quelques jours de diète; le pansement ne fut refait que le troisième jour, un léger gonflement existait, sans inflammation; le doigt légèrement appliqué sur les parties et aux alentours occasionait de la douleur. Du reste, le malade pendant ce temps n'avait éprouvé rien autre chose que la sensation pénible d'une impression froide, trop forte dans les premiers momens de l'immersion prolongée : quand elle fut remplacée par l'aspersion ou l'imbibition, il n'éprouva plus rien qu'un sentiment très-tolérable comme de fluxion. Après ce premier pansement, nous restâmes encore quatre jours à faire des aspersions, environ toutes les heures. Le malade savait en distinguer le besoin par une espèce de chaleur mordicante qui devenait moindre à mesure que le temps s'écoulait. Au septième jour nous fîmes des pansemens simples, avec un léger digestif et la charpie mouillée, matin et soir. Une partie de la peau s'était réunie, une autre partie s'était gangrénée, ainsi que quelques lambeaux de tissu cellulaire; nous n'eûmes dès lors qu'une plaie simple qui marcha sans entraves à sa cicatrisation.

2e Observation. — *Fracture compliquée.*

Mademoiselle G*** reçut sur la jambe gauche un corps très-lourd qui lui fractura les os à leur partie inférieure, le péroné à l'union de la tête avec son corps, le tibia à l'apophyse malléolaire, qui resta attachée à l'astragale; le pied fut fortement luxé, repoussé en dessous, et, en haut, les os de la jambe percèrent les parties molles et sortirent d'environ trois pouces. Après la réduction des parties qui furent maintenues en place dans un appareil particulier, que je disposai à l'instant de telle sorte que, par des pièces mobiles, je découvrais la plaie pour la panser, sans rien déranger à l'ensemble ni à la solidité de mon appareil. Tout étant en place, je fis arroser l'appareil de quelques litres d'eau froide. Le sujet lymphatique, à peine remis d'une longue maladie antérieure, était âgé de dix-neuf ans. Je lui fis une petite saignée, lui donnai pour boisson du petit-lait avec du sirop de gomme, et le soumis à une diète rigoureuse. La partie blessée était très-douloureuse; je m'attendais à des accidens formidables; malgré les aspersions continuelles et copieuses, une grande chaleur locale se développa dans la journée, je donnai le soir un peu de sirop diacode; il n'y avait pas de fièvre, mais de l'agitation. La nuit ne fut pas mauvaise, la chaleur persistait toujours à un haut degré, après quelques minutes d'arrosement les linges d'appareil étaient chauds et fumans. Une agitation particulière provoquait des espèces de soubresauts qui excitaient dans la partie des douleurs très-vives : hors ces momens là, il n'y avait qu'une sensibilité très-supportable; cette incandescence dura quatre ou cinq jours pendant lesquels les mêmes moyens furent toujours continués; chaque nuit on donna un peu de sirop diacode. La chaleur se tempéra, la sensibilité diminua, la malade, le septième jour, n'était plus à une diète sévère; je redoutais tellement les accidens qui avaient menacé que je continuai toujours sur toute la jambe une aspersion aussi continue; de demi-quart d'heure en demi-quart d'heure, on versait deux litres d'eau de fontaine sur l'appareil, je faisais mon pansement de la plaie matin et soir par la porte que j'avais ménagée à mon appareil : tout allait bien. Je n'avais pas découvert la jambe depuis le quatrième jour, nous étions au neuvième. La malade éprouva des syncopes dans la journée, des bouffées de chaleur, du frisson; déjà les jours précédens elle m'avait parlé de frémissement dans la jambe et de froid, je m'en applaudissais, tant j'étais préoccupé de la gravité de l'inflammation; mais, à l'apparition de ces accidens généraux, je défis l'appareil. Je trouvai le membre très-froid,

d'un blanc terne tirant sur le bleuâtre, la peau affaissée ; il n'y avait plus de sensibilité, je fis une friction d'eau de Cologne et pansai à sec. La suppuration n'avait pas été sensiblement modifiée ou n'avait pas semblé l'être. Je donnai un peu de vin pur, et une potion où entrait le sulfate de quinine et l'éther. Les phénomènes de gangrène se dissipèrent, la jambe se réchauffa convenablement, elle s'œdématia un peu, je fis des embrocations d'eau de sureau tiède, animée d'eau-de-vie, et tout rentra promptement dans l'ordre. Les pansemens se continuèrent comme pour une plaie simple, à partir du quinzième jour de l'accident qui rentra dans le cas des fractures ordinaires. Ici se termine ce qui a rapport à la médication par l'eau froide. On voit que le plus heureux succès l'a suivie, et qu'il s'en fallut peu qu'elle ne devînt funeste : cet exemple doit rendre circonspect le médecin qui recourt à ce moyen héroïque contre les inflammations les plus intenses.

3e Observation. — *Luxation du gros orteil avec sortie du premier os du métatarse à travers un déchirement des parties molles de la plante du pied droit.*

M. ***, gendarme, en tombant de cheval eut le gros orteil renversé en dessus. Les parties molles de la plante du pied en furent tellement distendues qu'elles se déchirèrent sur la tête de l'os du métatarse et laissèrent échapper celui-ci de plus d'un pouce. Le malade éprouva, pendant plus d'une heure, de la part de ses camarades les efforts les plus violens et les plus douloureux pour obtenir la réduction du pouce; son courage et ses forces en étaient épuisés quand je le vis, il était dans une irritation de douleurs difficile à dépeindre, allant presque jusqu'aux convulsions. Il ne voulait plus qu'on touchât son pied ; enfin je le rassurai et il me laissa agir ; en un instant la réduction fut opérée. Je fis la réduction de la manière suivante :

Je saisis l'orteil à pleine main, en appuyant les deux pouces sur la tête de l'os sorti des chairs, ceux-ci le maintenaient en poussant dessus, tandis que la main entraînait l'orteil dans la même position où il se trouvait, je le renversai même encore un peu, afin de saisir le moins de peau que je pourrais ; il arriva facilement au niveau de la tête de l'os : alors je lui fis faire la bascule pour le remettre dans sa direction et position naturelle, en même temps je reportai la tête de l'os en haut. Toute cette manœuvre se fit presque sans douleur et sans peine.

Le pansement ne fut rien, une attelle plantaire, un coussinet de charpie, quelques compresses et une bande pour le pied, une autre pour l'orteil : et le pied fut supporté en dehors du lit pour être continuellement arrosé. Le blessé était un homme de vingt-six ans, fort, sanguin, chez lequel les douleurs violentes, dans les premiers efforts de réduction, avaient laissé une irritation nerveuse très-exaspérée ; il faisait chaud, le tétanos était à craindre. Je fis une copieuse saignée, dès que le malade fut convenablement couché et pansé. Le soir, je renouvelai la saignée et j'administrai de l'opium par deux grains de quatre en quatre heures ; diète sévère. Les aspersions froides furent exactement faites, les phénomènes locaux ne s'élevèrent point à l'inflammation, il y eut seulement du gonflement dans tout le pied et à la partie supérieure de la jambe ; la douleur était modérée et se manifestait seulement quand on faisait quelque attouchement, il ne survint pas de fièvre. Le deuxième et le troisième jour, le malade éprouva dans un bras, dans la mâchoire et dans le pharynx quelque roideur qui ne fut qu'une démonstration tétanique. Je mis quelques sangsues au col, et continuai l'opium, j'en fis dissoudre dans la fomentation dont on arrosait le pied. Au sixième jour, nos lotions étaient restreintes à des linges mouillés trois fois par jour dont on enveloppait le pied ; nous cessâmes peu à peu l'opium, notre diète devint moins sévère. Au douzième jour, plus d'accidens à craindre ; régime et pansement des plaies simples jusqu'à cicatrisation parfaite.

4e Observation. — Un ouvrier fileur, de vingt-cinq à trente ans, eut un bras pris dans une mécanique qui lui brisa en esquilles les trois derniers doigts et les os correspondans d'une main, intéressa l'indicateur et le pouce, couvrit de hachures plus profondes tout l'avant-bras. Je désarticulai les os brisés du métacarpe d'avec le corps ; je conservai l'indicateur et le pouce, j'établis un bandage convenable pour rapprocher la peau des deux surfaces de la main, et enveloppai le tout jusqu'au coude avec des linges doux graissés de cérat. On plongea incessamment le membre dans un vase d'eau froide ordinaire. Le malade fut mis à la diète et à la limonade ; il eut, le premier jour, un frisson général qui dura deux heures, pendant lequel le bras ne fut pas arrosé, mais resta enveloppé de ses linges. On donna une infusion de tilleul tiède, la chaleur se rétablit avec fièvre légère, je saignai. Le lendemain plus d'accidens généraux, le malade continua ses bains froids avec assiduité pendant dix jours, la plaie et les déchirures allaient bien ; mais les dernières phalanges de l'indicateur devinrent froides, elles se flétrirent, je les enveloppai d'eau-de-vie camphrée ; elles furent entièrement sphacelées, je les amputai ; cependant le malade porta des linges mouillés matin et soir pendant une vingtaine de jours, car il y eut long-temps de la tension autour de l'articulation du poignet et de l'avant-bras ; mais ici, comme dans les cas précédens, il n'est point survenu d'inflammation, de fièvre ni de douleur notable, le malade se levait le quatrième jour ; la perte des deux phalanges de l'indicateur tient et à la plaie qui intéressait l'artère d'un côté, et peut-être aux lotions froides.

5e Observation. — *Amputation d'un sarcocèle.*

Le nommé Q*** portait un sarcocèle que je dus opérer, le pansement fut simple, ordinaire et sec. Le malade remis dans son lit se trouvait assez bien. Cinq à six heures après l'opération, il commença à souffrir dans le trajet du cordon ; les douleurs s'exaltèrent promptement, on vint me chercher ; quand je revis le malade il était sans

fièvre, il avait le pouls serré, ses traits crispés annonçaient une grande douleur, la pression dans la région hypogastrique du côté opéré était insupportable. Je ne défis rien au bandage, seulement je mouillai les compresses avec de l'eau froide vinaigrée, j'en appliquai sur le bas-ventre et les fis retremper dans l'eau vinaigrée de cinq en cinq minutes. En moins de deux heures les violentes douleurs qui s'étaient manifestées furent dissipées, on continua de tenir des linges froids sur le ventre pendant la nuit, et le lendemain le malade n'éprouvant plus rien on reprit les compresses sèches; aucun autre symptôme d'inflammation ne s'est présenté dans la suite. Le malade a très-bien guéri, la plaie suivant la marche ordinaire d'une blessure simple.

J'accumulerais ici vainement d'autres faits pour prouver tous les bienfaits de l'emploi de l'eau froide contre des accidens inflammatoires inévitables par tout autre moyen. Les saignées, les émolliens modéreront une inflammation, mais ne l'empêcheront pas de se développer aussi bien que cette continuité de l'application d'un réfrigérant de l'espèce dont il s'agit. Car je ne voudrais pas qu'on fît usage de la glace dans les mêmes cas, elle repousse trop toute réaction et jette plus vite dans la stupeur qui gangrène. J'aurais à citer des cas graves de plaies d'armes à feu, de grandes opérations chirurgicales, des contusions violentes portant sur des organes intérieurs toujours avec un résultat aussi heureux. Je regarde ces citations comme un luxe inutile; ce que j'ai rapporté suffira pour appeler l'attention des praticiens sur un moyen qui doit leur procurer des succès inattendus en pareils cas. J'ai choisi à dessein les seuls où j'aie eu des signes d'asphyxie locale par le froid. Dans un prochain article, je dirai quelles affections anciennes guérissent, aussi sûrement et aussi promptement, par l'eau froide employée en applications, mais surtout en lavages.

CHRISTOPHE, *D. M.*

ÉPIDÉMIE DE LA SALPÉTRIÈRE.

(2e ARTICLE.)

Les observations suivantes vont nous montrer l'affection du tube digestif se prononçant davantage, et acquérant de plus en plus d'importance dans l'histoire de l'épidémie.

Observation VIII. — Une vieille femme de quatre-vingt-trois ans, très-décrépite, éprouvait depuis huit jours des frissons irréguliers qui avaient ouvert la scène, des étourdissemens, de la céphalalgie, une grande prostration, de la toux, quand je la vis à l'infirmerie le 19 mars. Tous les symptômes persistaient, elle pouvait à peine se tenir sur son séant; la face était rouge. Elle avait eu des nausées les deux jours précédens; la langue était blanche et humide, la soif vive, l'appétit nul. Epigastre douloureux, constipation; crachats peu abondans, insignifians: pouls fréquent, régulier, peu développé; peau chaude et un peu sèche. La respiration était pure et assez forte surtout; les battemens du cœur à l'état normal. — Limonade gommée; cataplasme sur le ventre; deux lavemens; bouillon. — La malade ne dormit pas la nuit suivante. Le lendemain, l'abattement était plus considérable, la céphalalgie violente; le ventre douloureux partout, notablement météorisé; pas de selles. Pouls très-fréquent, très-petit; pas d'expectoration; râle crépitant en bas et en arrière des deux côtés. — Vésicatoire sur le thorax; bain de pieds sinapisé. — Le 21, l'affaissement est extrême; une espèce de duvet grisâtre recouvre l'entrée des narines: bouche entr'ouverte, voix presque éteinte; les yeux se ferment dès qu'on cesse de fixer l'attention; pas de délire. Langue très-sèche, brunâtre sur la ligne médiane. Les nausées ont reparu; la douleur du ventre est tellement vive et s'exaspère avec une telle facilité par la pression qu'on soupçonne une péritonite: les intestins météorisés se dessinent à travers les parois abdominales. On ne voit pas de sudamina, mais, vers la partie inférieure du ventre, de petites rougeurs linéaires qui ne suivent en aucune manière le trajet des vaisseaux. Il y a toujours de la constipation, les urines coulent involontairement. Le pouls est plus plein, plus dur, la peau chaude. On n'ausculte pas le thorax, dans la crainte de fatiguer la malade. — On applique vingt sangsues à l'anus. — Elle meurt le 22, à deux heures du matin.

En raison de la putréfaction prompte des cadavres et du grand nombre d'autopsies, M. Piedagnel, chargé du service par intérim, demande et obtient l'autorisation de faire deux ou trois ouvertures avant l'expiration des vingt-quatre heures. Celle-ci fut faite sept heures seulement après la mort. Le cadavre était encore très-chaud surtout à l'intérieur. — Thorax. Rien à noter dans le péricarde. Les fibres musculaires du cœur, comme dans un état de contraction permanente, tendues sous le doigt qui les presse, sont partout très-colorées, et sablées en outre d'une foule de petits points d'un rouge beaucoup plus vif. Mais vers l'angle de réunion de la partie postérieure du ventricule gauche et de la cloison, les fibres se décolorent insensiblement, revêtent une teinte un peu jaunâtre, à mesure qu'elles prennent une consistance beaucoup plus ferme, et dégénèrent ainsi graduellement en un tissu dur, de texture fibreuse, d'un blanc nacré au centre, et dans lequel se reconnaissent encore çà et là quelques restes de tissu musculaire non encore entièrement dégénéré. Cette transformation organique qui, en dedans, va jusqu'à la membrane interne, est éloignée au contraire de la superficie du cœur, par une couche muqueuse épaisse de deux lignes, d'un rouge uniforme plus intense que partout ailleurs. La surface interne de l'oreillette *gauche* offre une *teinture* rouge plus foncée que celle de la droite. Les quatre cavités contiennent du sang noir, mais dans cette dernière, on trouve un gros caillot fibrineux, très-intriqué dans les colonnes charnues auxquelles il adhérait par une membranule excessivement fine, sans traces d'organisation, et baignant dans du sang noir tout à fait liquide, chaud et encore fumant. Aucune rougeur de la veine cave et de

l'aorte; mais on trouve sous la membrane interne de celle-ci quatre à cinq ecchymoses de la largeur d'une pièce de cinq sous occupant une partie de l'épaisseur de la tunique moyenne. Rougeur brune des bronches d'autant plus intense qu'on approche des plus petits rameaux. Le lobe inférieur de chaque poumon offre un mélange très-varié de ramollissement rouge et de ramollissement gris. Là où existe la première lésion, on voit, comme à l'ordinaire, de grosses granulations d'un blanc sale que le grattage enlève avec une extrême facilité en même temps qu'une couche d'un pus épais et légèrement sanguinolent. La seconde lésion, au contraire, est constituée par un tissu non granulé, plutôt splénisé qu'hépatisé, d'un rouge vineux et très-ramolli. — Abdomen. — Rien à noter sur le péritoine; aucune trace d'épanchement. La muqueuse gastrique est partout très-légèrement rosée. On remarque sous elle un développement considérable de quelques follicules de Brunner qui éjaculent, quand on les incise, un liquide blanchâtre, un peu trouble. La première portion des intestins grêles offre par places une injection très-prononcée des petites veines sous-muqueuses, et la portion inférieure un boursouflement notable de huit à neuf larges plaques de Peyer, saillantes d'un quart de ligne, non ulcérées, entourées d'une injection plus vive que dans le reste de cet intestin. Un grand nombre de follicules de Brunner sont aussi plus développés que de coutume, et on voit des vaisseaux très-finement dessinés ramper directement vers quelques uns d'entre eux. L'intérieur du cœcum est en grande partie recouvert de fausses membranes, peu épaisses, grisâtres, disposées par plaques, dont chacune recouvre une ulcération très-superficielle, dont les bords surtout sont d'un rouge très-foncé. Les gros intestins, sans rougeur, contiennent beaucoup de matières dures, très-divisées. Le foie est un peu gorgé de sang et ramolli. La substance corticale des reins est fortement piquetée de rouge, et la tubuleuse seulement plus colorée que de coutume. La rate est saine et de consistance ferme.

J'ai rapporté cette observation avec détail à cause de certaines particularités qui m'ont paru importantes et sur lesquelles je vais revenir. Mais, pour ne pas perdre de vue notre sujet, commençons par celles qui ont rapport au poumon, et disons tout de suite que l'époque du développement de la phlegmasie, les traces de cette phlegmasie, après la mort, indiquent également qu'elle est consécutive à l'affection intestinale, puisque, d'une part, la respiration est pure le jour d'entrée, et que, d'autre part, le tissu pulmonaire, dans les points où il n'est pas arrivé au degré de ramollissement blanc, offre, aux parties déclives, cet aspect et cette consistance qui se rapportent évidemment à la pneumonie hypostatique. Quant aux ilôts disséminés d'hépatisation blanche, ils sont le résultat d'une inflammation plus franche et plus avancée, consécutivement développée sous l'influence de la stase sanguine, comme cela se remarque dans tous les autres tissus. Seulement s'il en est ainsi, je ferai remarquer avec quelle rapidité la phlegmasie a parcouru ses périodes, puisque deux jours lui suffisent pour arriver à la suppuration. Cette rapidité est telle que, si je l'avais observée chez un jeune sujet, j'aurais pensé que la phlegmasie du poumon existait dès le premier jour, et n'avait pas été révélée par les signes ordinaires de l'auscultation. Mais il s'en faut bien que ce fait soit le seul de ce genre que je puisse citer chez les vieillards. L'hiver dernier qui a été ici fécond en pneumonies m'en a offert de nombreux exemples, et rien ne m'autorise à faire une exception du cas dont il s'agit. Au reste, ce n'est pas là mon objet principal. Je veux surtout appeler l'attention sur le degré d'importance que commencent à prendre les lésions intestinales. Aussi voyez-vous, dès le début, les nausées, la soif ardente, la douleur épigastrique annoncer la localisation morbide. Mais n'oublions pas que plus tard, ces douleurs s'étendent à tout l'abdomen, qu'elles y prennent un caractère remarquable d'acuité qui fait soupçonner une péritonite, et que le péritoine est trouvé sain à l'autopsie. Ce caractère ne doit guère nous étonner, puisque nous l'avons vu, quoique moins marqué, indépendant de toute lésion organique, chez la malade de la troisième observation. A Dieu ne plaise pourtant que je veuille insinuer que la proportion des traces de phlegmasie ne représente jamais exactement celle de l'irritation qui lui a donné naissance. J'observe une maladie *épidémique*, une maladie que je ne crois pas bornée aux organes trouvés malades après la mort; je conclus pour elle seule, et me renferme dans le cadre où je suis placé.

Le cœur était-il dans un état de phlegmasie? ou bien, sa rougeur, la contraction de ses fibres tenaient-elles à ce qu'il touchait encore de trop près à la vie, si je puis ainsi dire, quand l'autopsie fut faite? C'est une question qui serait difficile à résoudre, si je n'avais à faire remarquer que la rougeur dont je parle existait chez la plupart des femmes dont l'autopsie fut faite même vingt-quatre, ou trente-six heures après la mort, qu'elle manquait au contraire chez une autre autopsiée presque aussitôt que morte, à *six heures* seulement d'intervalle. La rougeur de l'oreillette gauche est encore à noter; mais semblable à une espèce de teinture et en contact avec du sang noir, elle ne donne pas la preuve irréfragable d'une inflammation, quoiqu'il ne soit pas déraisonnable d'admettre que l'imbibition sanguine ait été favorisée par le voisinage de la phlegmasie des fibres musculaires du ventricule gauche, en raison des changemens qu'elle doit apporter dans la texture et les rapports moléculaires des organes. Quant au caillot fibrineux trouvé dans l'oreillette droite et baigné dans du sang noir encore fumant, il prouverait, si ce fait avait besoin de l'être, la possibilité de la coagulation du sang dans les cavités du cœur pendant la vie.

Enfin, je note comme circonstance importante, les ecchymoses de l'aorte, dans une maladie dont l'adynamie est le principal caractère.

Observation. IX. — La nommée Anne Gilet, âgée de soixante-dix ans, était dans un état de santé excellent le 10 mars, quand tout à coup, sans cause connue, elle est prise d'un vomissement bilieux abondant, qui dure toute la journée et s'accompagne d'une vive douleur épigastrique. Absence de diarrhée, de coliques; ni toux,

ni point de côté. Ces symptômes disparaissent le lendemain ; il ne reste que de l'inappétence, et une faiblesse musculaire considérable, qui force la malade à garder le lit pendant six jours consécutifs, après lesquels elle entre à l'infirmerie. Le 16 mars, couchée en décubitus, la tête renversée, la face pâle, les traits affaissés, indifférente à tout ce qui l'entoure, elle n'accuse qu'un abattement invincible, sans céphalalgie, et de la chaleur dans la poitrine. La langue est pâle et humide ; la malade dit avoir faim ; quelques nausées ; peu de douleurs épigastriques à la pression ; peu de selles depuis quatre jours. C'était au commencement de l'épidémie ; il ne me vint pas à l'idée de rechercher s'il existait du météorisme ; le ventre était indolent. — Petite toux à secousses, très-fatigante. Trois ou quatre crachats dans les vingt-quatre heures, absolument sans caractères. Respiration haute, à trente-deux : pouls fréquent, intermittent, dépressible. La sonoréité est bonne en avant, et l'auscultation fait entendre un léger râle muqueux disséminé, égal des deux côtés. En arrière, on n'entend qu'un gros runcus grave, extrêmement bruyant, égal dans tous les points. La percussion est difficile à pratiquer, parce que la malade mise sur son séant ne peut s'y tenir et tombe de côté et d'autre ; on saisit pourtant un peu de matité du côté droit.—Malgré la débilité extrême, on tente une application de vingt sangsues sur le côté droit du thorax ; synap.—Le lendemain, l'adynamie est telle qu'on craint de nuire à la malade par l'auscultation. Mort le soir à onze heures, sans signes de délire.

Autopsie 46 *heures après la mort.* — Tête. injection des veines de la convexité des hémisphères ; le feuillet viscéral de l'arachnoïde est soulevé par l'infiltration sous-jacente d'un liquide clair et transparent. Légère sablure de toute la substance blanche, un peu plus intense vers l'extrémité antérieure des centres ovales. La légère teinte rosée qu'offre à l'état normal la couche profonde de la substance corticale est un peu plus vive qu'à l'ordinaire. — Poitrine. Tout l'intérieur des cavités thorachique et abdominale présente une sécheresse comme poisseuse des plus prononcées ; la graisse du médiastin surtout est dépourvue de toute humidité, comme friable et demi-congelée, analogue à celle exposée depuis long-temps dans les boucheries. Les deux feuillets séreux du péricarde sont adhérens dans toute leur étendue, mais cette adhérence se détruit avec une grande facilité, et il semble qu'en les tirant l'un et l'autre en sens opposés, on opère un simple décollement, après lequel il ne reste que quelques débris celluleux, de formation récente, bornés à une petite étendue. Les feuillets d'ailleurs n'offrent aucune autre trace de phlegmasie. La substance musculaire du cœur est colorée, sèche et poisseuse. Le poumon droit, dans toute l'étendue de son bord postérieur, est converti en une masse pesante, très-friable d'un rouge vineux fort intense, inégal, et comme boursoufflé à la coupe, ne pouvant être mieux comparé qu'à la rate, telle qu'elle fut trouvée chez ce même sujet. Cet engorgement est d'autant plus prononcé qu'on approche de la partie moyenne de ce bord postérieur, c'est-à-dire dans le point qui se trouve être le plus déclive pendant le décubitus dorsal ; et là aussi le poumon, plus dense, offre un mélange de ramollissement rouge et de ramollissement gris, tous les deux bien granulés, comme ils le sont dans les pneumonies ordinaires. Le bord postérieur du gauche est le siége des mêmes altérations, mais à un degré moins avancé, puisqu'il surnage et crépite partout, et n'offre aucune trace de suppuration. Rougeur vineuse des bronches et de la trachée. — Abdomen. La sécheresse dont nous avons parlé se remarque à un haut degré dans l'intérieur du foie, qui est d'ailleurs friable, gorgé de sang, et répand une odeur aigre extrêmement désagréable. Cette odeur est aussi très-marquée dans l'estomac, dont la muqueuse est légèrement et uniformément rosée. Les deux tiers supérieurs des intestins grêles sont sains. A partir de là jusque dans le cœcum, ils contiennent beaucoup de matières molles, d'un vert d'herbes, et offrent un état remarquable d'une quinzaine de taches de Peyer, dont chacune, sans relief notable est marquée par une foule de petits points noirs agminés, enfermés dans autant de petites auréoles rosées, très-finement pointillées d'un rouge vif. Les plaques elles-mêmes étaient entourées d'une arborisation très-déliée de la muqueuse ; celle-ci était saine dans leurs intervalles. Une altération semblable de quelques follicules de Brunner existait dans le cœur. Les colons et le rectum étaient vides et à l'état normal. La rate, très-volumineuse, était comme nous l'avons dit en parlant du poumon. La veine cave était blanche à l'intérieur.

Cette malade est morte évidemment de pneumonie ; mais les antécédens, les caractères anatomiques, tout concourt à en établir le caractère hypostatique. Et nous voyons ici, bien manifestement, comment l'inflammation franche du poumon finit par en être la suite, dans les points où la congestion sanguine existe depuis long-temps. Ce sont donc encore les symptômes gastro-intestinaux qui ont la priorité, et ce n'est qu'après six jours de décubitus dorsal que la circulation se ralentit dans les capillaires des parties déclives du parenchyme pulmonaire. Je n'ai pas besoin d'insister sur cette sécheresse et cet état poisseux de tous les viscères ; sur cette odeur aigre de l'estomac et du foie, sans que rien dans le canal intestinal annonce un travail récent de digestion (la malade, d'ailleurs, avait été maintenue à la diète absolue), sur le volume et le ramollissement de la rate, phénomène important, depuis que M. Louis a fixé l'attention des observateurs sur l'altération de cet organe dans les fièvres typhoïdes. Tout cela se lie parfaitement aux lésions trouvées dans le tube digestif ; et, remarquez que nous avons déjà vu les follicules agminés beaucoup plus malades, et jamais les signes de putridité générale aussi prononcés que dans cette observation. Une autre remarque importante est la suivante ; nous avons déjà eu occasion de la faire tout à l'heure. Les gros intestins étaient sains et vides de fèces ; voilà ce qui explique l'absence de diarrhée. Mais les grêles, enflammés comme nous l'avons vu, contiennent des matières très-molles ; or, si le sujet eût vécu quelque temps, que serait-il arrivé ? c'est que ces matières seraient descendues dans les colons, dans le rectum, auraient été expulsées ; c'est que la diarrhée,

en un mot, serait survenue encore ici sans phlegmasie des gros intestins, ou que, si cette phlegmasie se fût développée par suite du contact de la matière irritante, on n'aurait pas manqué de prendre l'effet pour la cause.

Observation X. — Une femme, âgée de 67 ans, décrépite, fut reçue à l'infirmerie le 18 mars, se plaignant d'une faiblesse telle qu'elle ne pouvait se tenir debout, accompagnée de céphalalgie frontale sans étourdissemens. La face était rouge, les yeux injectés, la langue bonne, l'appétit nul, la soif vive. Il y avait quelques nausées, de la douleur épigastrique, de la constipation. Peu de dyspnée, toux sèche; aucune douleur thoracique. Peau chaude, pouls dur, concentré, très-fréquent régulier. La poitrine résonne bien partout, la respiration est pure, les battemens du cœur forts et un peu éclatans. Cette femme me raconta que depuis quatre à cinq jours, elle avait perdu peu à peu ses forces, éprouvant en même temps du coriza, de la céphalalgie, des étourdissemens, de l'inappétence, et que la veille elle avait été prise tout à coup de vomissemens verdâtres très-abondans. On la mit aux tisanes rafraîchissantes et à la diète. — Le 20, la langue était devenue blanche; le ventre était partout sonore et légèrement sensible à la pression; une petite selle solide avait eu lieu la veille. Les symptômes sont si peu intenses qu'on n'ose, en raison de sa débilité, les attaquer énergiquement par les antiphlogistiques; on se borne aux cataplasmes sur le ventre. — Le 21, ils persistent au même degré. Je revois la malade à quatre heures du soir; elle est bien; le lendemain matin la fille de salle la trouve sans connaissance, l'écume à la bouche; quelques instans après, elle est morte. Un vomissement avait eu lieu la nuit, et la constipation avait persisté les jours précédens.

C'est cette femme dont le cadavre fut ouvert six heures après la mort. J'ai déjà dit que le péricarde et le cœur étaient à l'état normal, tels qu'on les trouve ordinairement chez des sujets ouverts après vingt-quatre heures; il en était de même de l'aorte et des veines caves. Deux onces de sérosité existaient dans la plèvre gauche. Le sommet du poumon de ce côté contenait une grande quantité de matières crayeuses enkistées, et les deux feuillets séreux étaient unis dans ce point par des adhérences anciennes qu'on détruisait très-difficilement. Le reste du tissu pulmonaire était sain. — Abdomen. — Une large ecchymose, véritable apoplexie sanguine, existe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Rien à noter sur la séreuse elle-même. La vésicule biliaire est encore transparente, et contient beaucoup de bile très-claire; le foie est sain. La substance corticale des reins est très-piquetée de sang, la tubuleuse teinte d'un rouge uniforme très-intense. La muqueuse gastrique est très-finement injectée le long de la petite courbure; les intestins grêles n'offrent qu'une légère injection diffuse dans leur tiers inférieur, au milieu de laquelle se remarque un relief assez notable de quatre à cinq plaques de Peyer, et un développement plus considérable d'un grand nombre de follicules solitaires, surtout aux environs de la valvule iléo-cœcale. Cette portion des intestins grêles contient un liquide verdâtre qui ne va pas jusque dans les colons; le reste du tube digestif est sain. — Tête. — Une demi-once de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde, sans injection spéciale. *Peu de sang* dans les veines de circonvolutions. La masse encéphalique, mise sur une table, s'affaisse considérablement; cet affaissement est dû à la mollesse extrême de la substance blanche, qui, loin d'être injectée, est au contraire sensiblement plus pâle que de coutume, très-peu de sérosité dans les ventricules; pas d'autre altération de l'encéphale.

Si nous voulions trouver dans les organes une cause matérielle qui nous explique la mort, ce serait au cerveau que nous irions la demander; car tous ceux qui observent les vieillards savent combien il est fréquent de rencontrer chez eux les altérations pulmonaires dont j'ai parlé, dans les cas même où une maladie aiguë est venue les frapper et les emporter rapidement au milieu d'une santé aussi bonne que peut le permettre leur décrépitude. Quelle importance acquièrent ces deux onces de sérosité trouvées dans la plèvre gauche; lors même qu'elles se seraient épanchées pendant la vie, quand on en voit tous les jours des quantités énormes s'accumuler dans de vieilles poitrines, sans entraîner la mort, toutes les fois qu'une vive douleur ne vient pas épuiser le reste de forces organiques qui soutient encore une frêle existence? J'en dirai autant de l'inflammation des intestins; j'accorde bien que ces désordres ont pris une grande part à la terminaison fatale de la maladie, mais j'ajoute qu'ils n'ont acquis cette puissance d'action, que parce qu'ils ont trouvé l'économie dans un état de torpeur qui ne lui permettait pas de réagir contre les agens de sa destruction. Ce ne sont pas là des idées spéculatives; c'est l'expression vraie des phénomènes les plus saillans de cette observation. C'est donc plus haut qu'il faut remonter pour toucher le foyer du mal; c'est le cerveau qu'il faut accuser. Et, à ce sujet, je ferai une remarque. Nous avions été frappé jusqu'ici de l'état d'injection dans lequel nous avions toujours trouvé la substance cérébrale; ici, c'est tout le contraire, elle est molle et décolorée. Et cependant examinez les symptômes cérébraux au début, suivez-les pendant le cours de la maladie, et vous verrez qu'ils sont tels que nous les avons observés jusqu'ici. Vous serez frappés surtout de cette céphalalgie opiniâtre, qui paraît si bien devoir être l'apanage d'une injection cérébrale ou méningée, et que nous avons vue pourtant manquer dans plusieurs cas de ce genre, et notamment chez la malade de la sixième observation. Les étourdissemens manquaient également dans ces deux cas, tant il est vrai, comme l'a dit M. Andral, que les mêmes désordres fonctionnels peuvent se rencontrer dans deux états morbides directement opposés de l'organe qui en est chargé, par cette seule raison que, dans l'une et l'autre circonstance, cet organe n'est plus dans les conditions normales de son action.

Si quelques personnes s'aveuglaient encore assez pour voir quelque rapport de causalité entre l'altération des follicules agminés et les symptômes adynamiques, je leur répondrais par l'observation suivante, la dernière dont je publierai l'histoire.

Observation XI. — Une femme âgée de 71 ans, entra à l'infirmerie le 25 mars. Elle se plaignait d'éprouver depuis quinze jours des frissons irréguliers; du mal de gorge, du coriza, un peu de toux, de l'anorexie, de la céphalalgie, des étourdissemens et une telle faiblesse musculaire que la veille elle était tombée en voulant se tenir debout. — La céphalalgie était encore violente; les étourdissemens, la faiblesse persistaient. La langue était blanche, humide; il y avait de la soif, mais la malade disait avoir de l'appétit; il n'y avait ni nausées, ni douleur épigastrique, ni coliques. Une selle solide avait été rendue le matin. La malade, *asthmatique* depuis trente ans, avait la respiration courte; la toux était, comme je l'ai dit, augmentée depuis quinze jours, les crachats étendus en nappe ressemblaient à une légère purée jaunâtre. Le pouls était régulier, peu fréquent, peu développé; la peau n'était pas chaude. En avant comme en arrière, la sonoréité du thorax était bonne, et partout la respiration était rauque et bruyante. — Loock avec kermès gr. iij., vermicelle.—Le lendemain la malade n'accuse plus ni céphalalgie, ni étourdissemens; mais un air de stupeur est répandu sur tous ses traits, et son haleine porte une odeur putride. Elle demande pourtant constamment à manger, n'éprouve ni nausées *ni douleurs abdominales*. La langue est bonne, la soif vive; *le ventre tendu est extrêmement sonore*; il n'y a pas de selles. Peau chaude et brûlante. Pouls dur, fréquent, intermittent. L'auscultation donne les mêmes résultats que la veille, et de plus fait entendre un râle muqueux à très-grosses bulles dans la fosse sous-épineuse droite. On voulait essayer les toniques, mais la malade mourut quelques heures après.

L'autopsie fut faite 22 *heures après la mort.* — Tête. — Le cerveau présente la sablure générale que j'ai déjà notée tant de fois. — Abdomen. — Les vaisseaux mésentériques sont très-injectés. Toute la muqueuse gastrique, à l'exception de celle qui tapisse le grand cul-de-sac et qui offre une teinte ardoisée est d'un rouge pointillé des plus intenses. Cette rougeur descend dans la partie supérieure des intestins grêles, dans une étendue de deux pieds, et à partir de là, on ne voit plus que des herborisations partielles, peu étendues, mais très-fines, qui cessent vers le commencement du tiers inférieur. Celui-ci est parfaitement sain. Le cœcum et le colon ascendant, semés de plaques d'un rouge violet foncé, contiennent des matières fécales très-molles, imprégnées d'une grande quantité de mucus épaissi. Le reste du tube digestif est sain et contient au contraire des matières dures en grande quantité. Aucun développement des follicules. La rate est très-molle et noirâtre, les reins rouges et piquetés de sang, la substance rouge du foie très-développée. — Poitrine. — Rougeur des bronches; elles renferment un liquide écumeux, sanguinolent. Deux onces de sérosité dans le péricarde. Le feuillet séreux, viscéral offre sur le ventricule gauche une légère couche albumineuse, allongée, très-irrégulière, entourée d'une injection vasculaire très-vive et très-déliée. Les plus externes des fibres musculaires du ventricule gauche, offrent une rougeur uniforme, intense qui tranche fortement sur la couleur normale du plan interne; les premières donnent aussi à la coupe beaucoup plus de sang que les secondes. Rien à noter dans les plèvres. Le bord postérieur des deux poumons est le siége d'un léger engouement, un peu plus prononcé du côté droit.

Les réflexions se déduisent d'elles-mêmes. Certes, voilà bien toujours le même caractère, la même physionomie morbide, et cependant combien les altérations sont différentes! C'est l'entérite qui constitue le phénomène pathologique prédominant; mais cette entérite n'a rien de spécial; elle est telle qu'on l'observe dans les cas où elle se traduit par les signes les plus francs et les plus tranchés. Et admirez ici au contraire la perfidie des symptômes..... *Experientia fallax*..... Tout-à-l'heure l'abdomen souffrait, et il ne paraissait pas malade à l'autopsie. Maintenant il paraît souffrir à peine, et une grande partie de la surface intestinale est le siége d'une grave altération. L'anatomie pathologique rend du reste parfaitement compte de l'absence de diarrhée. L'état du pouls le jour de la mort s'explique aussi par elle. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que nous trouvons des traces d'inflammation du cœur et de son feuillet séreux.

On a pu remarquer que les malades qui faisaient le sujet des observations précédentes, à part la première, étaient des vieillards. J'aurais pu accompagner chacune d'elles d'une autre analogue prise sur une jeune femme. Je ne l'ai pas fait pour deux raisons, d'abord parce que je n'aurais pas une seule occasion d'éclairer le diagnostic par l'autopsie, ensuite parce que j'aurais dépassé de trop loin les bornes d'un mémoire. Mais je puis assurer que deux grands faits seraient résultés de ce rapprochement; 1° l'analogie du début; 2° si l'on s'en rapporte aux désordres fonctionnels rarement trompeurs à cet âge, de l'analogie dans la diversité des désordres anatomiques. Ce qui eût différencié les unes des autres ces observations, c'eût été la courbature et la phlegmasie remplaçant, chez les jeunes sujets, l'adynamie et la putridité des vieillards. En un mot, à part la localisation des désordres, c'eût été la même différence que celle signalée déjà entre la première et la troisième des obvations citées, et rapportée aux différences d'âge et de constitution.

DECHAMBRE, D. M.

NOTE SUR L'IDENTITÉ DE LA GONORRHÉE ET DE LA SYPHILIS.

M. le professeur C. W. Hufeland dit (1) dans son journal :

La gonorrhée produite par une infection, est toujours syphilitique; mais elle est modifiée, atténuée et rendue

(1) Revue des journaux de médecine allemands. (Gazette médicale de Paris, du 3 août 1834.)

moins infectante, à cause de l'organisation particulière de la muqueuse de l'urèthre et par la présence de l'humeur sécrétée par cette dernière. »

Les preuves que M. Hufeland donne de l'identité de la gonorrhée et de la syphilis, et qui lui paraissent claires et concluantes, sont :

« 1° *Mêmes causes :* Deux individus sont infectés par la même personne : l'un gagne une *gonorrhée ;* l'autre un chancre syphilitique.

« 2° *Mêmes effets :* Une personne affectée de la *gonorrhée* peut donner la syphilis à une autre personne, et propage l'infection sur elle-même. La matière de la *gonorrhée*, introduite dans les yeux, donne lieu à une ophthalmie vénérienne ; ou bien, une *gonorrhée* qui a été supprimée trop vite par les injections, donne lieu aux bubons, aux chancres, aux condylômes, etc. L'expérience journalière, ajoute-t-il, nous apprend en outre que les *flueurs blanches* qui, chez les femmes, viennent à la place de la *gonorrhée*, peuvent donner lieu à la syphilis.

« 3° *Mêmes agens médicamenteux :* Le plus grand nombre des *gonorrhées* est guéri, soit par la nature, soit par les antiphlogistiques ; mais en cas de non guérison, et s'il survient, par exemple, des douleurs dans le canal de l'urèthre, dans la gorge, et d'autres symptômes consécutifs, le calomel est toujours le meilleur moyen. »

« La différence du virus gonorrhéique d'avec le virus chancreux, est que le *premier se trouve comme enveloppé par la matière de la sécrétion muqueuse*, et devient, par là même, d'une nature plus muqueuse et plus dense, de telle sorte qu'il perd de sa force infectante, tant pour le malade que pour les personnes auxquelles il pourrait se communiquer ; enfin, il arrive parfois qu'il est rejeté avec les humeurs excrétées. Le virus chancreux, au contraire, est plus actif et plus corrosif, de même que le sublimé, ou tout autre poison introduit dans le corps d'une manière isolée est plus énergique que lorsqu'il est enveloppé d'un enduit muqueux. »

Sans vouloir passer ici en revue tous les argumens donnés pour ou contre l'identité de la gonorrhée et de la syphilis, dans un procès qui, depuis si long-temps est débattu sans être jugé, qu'il me soit permis, à l'occasion des propositions qui précèdent, de signaler ici les résultats des nombreuses observations que j'ai pu recueillir à ma clinique de l'hôpital des Vénériens.

Que peut entendre M. Hufeland par infection, en fait de gonorrhée ou de blennorrhagie ? Suffit-il pour qu'un individu ait contracté une gonorrhée, sans s'inquiéter de la nature intime de l'écoulement ? ou bien faut-il que la gonorrhée soit d'essence syphilitique ? Afin d'être conséquent, dans l'opinion de M. Hufeland, pour qu'une *gonorrhée produite par infection soit toujours syphilitique*, il faut nécessairement que celle qui lui a donné lieu, chez un autre individu, soit elle-même syphilitique, attendu qu'on ne peut pas admettre, dans l'état actuel de la science, qu'une blennorrhagie due à un irritant chimique, par exemple, chez une personne, puisse produire une gonorrhée syphilitique chez une autre. Mais si l'on convient que la gonorrhée syphilitique puisse seule produire, par infection, une autre gonorrhée syphilitique, il faudra nécessairement la distinguer de la gonorrhée bénigne non virulente, qui peut se transmettre aussi par le coït ; autrement, lorsqu'une personne aura contracté une blennorrhagie d'une autre personne affectée de blennorrhagie, par cela seul que la maladie aura été transmise d'un individu à un autre, on ne pourra pas dire qu'à coup sûr la gonorrhée est syphilitique.

Or, il est bien évident aujourd'hui, pour tous les observateurs attentifs, qu'il est impossible de distinguer entre elles, et dans tous les cas, la blennorrhagie syphilitique et celle qui a été produite par une disposition individuelle, par un vice herpétique, par un flux menstruel, par des irritans chimiques, etc., ainsi que je l'ai démontré dans mon article sur la blennorrhagie chez les femmes (1), et que ce n'est que par ses conséquences qu'on peut dire qu'une gonorrhée est ou simple ou due à une infection virulente : d'où il suit qu'il faut renverser la proposition de M. le professeur Hufeland, et dire : « Toute gonorrhée syphilitique est due à une infection ; » et non : « Toute gonorrhée contractée par infection est de nature syphilitique, » ce qui ferait présumer qu'on peut, de prime abord, distinguer les cas d'infection et se servir de ce mode de propagation comme moyen de diagnostic, ce qui est impossible ; car on ne sait, je le répète, qu'il y a infection, qu'alors qu'on a établi le diagnostic de la gonorrhée et reconnu sa nature.

Mais en admettant des blennorrhagies virulentes, les blennorrhagies sont-elles de même nature que les chancres syphilitiques ? et n'en diffèrent-elles que parce que la gonorrhée syphilitique est modifiée, atténuée et rendue moins infectante à cause de l'organisation toute particulière de la muqueuse de l'urèthre, et par la présence de l'humeur sécrétée par cette dernière ? Non sans doute, car l'urèthre n'est pas le siége unique de la blennorrhagie, et que, d'un autre côté, pour que cela fût vrai, il faudrait que les muqueuses qui affectent la blennorrhagie ne pussent être attaquées par aucune autre forme des maladies vénériennes ; ce qui n'est pas, puisque si vous mettez du pus de chancre sur une muqueuse, celle de l'urèthre, du vagin, de l'utérus, des yeux, etc., vous produirez des chancres ; tandis que de la matière blennorrhagique appliquée de la même manière et dans les mêmes circonstances, peut produire une blennorrhagie, mais jamais un chancre, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, et comme le prouvent les expériences que j'ai rapportées dans mon Mémoire sur l'inoculation de la vérole, lu à l'Académie royale de médecine.

Si, pour preuve d'identité, on a recours aux causes, on est obligé de convenir que, jusqu'à ce jour, les observations, n'ont point été rigoureuses sous ce rapport. Ainsi, par exemple, on a dit qu'une femme était affectée seulement de blennorrhagie, lorsqu'à l'examen des parties externes de la génération, on a trouvé son écoulement

(1) Voir les deuxième et quatrième livraisons de la première année.

sans chancres, sans ulcérations visibles au dehors, et l'on n'a pas constaté, dans tous les cas, si, au delà de l'anneau vulvaire, dans les profondeurs du vagin, sur le col de la matrice, il n'y avait pas d'ulcérations, de chancres syphilitiques, et on a trouvé que des femmes, dans ces conditions, pouvaient donner des chancres à un individu, et à un autre une gonorrhée; d'un autre côté, on a vu des hommes n'avoir qu'un écoulement, communiquer des chancres à une femme, et une blennorrhagie à une autre, et on a encore conclu l'identité de la blennorrhagie et du chancre, sans s'inquiéter si, chez ces hommes affectés de prétendues blennorrhagies, il n'y avait pas autre chose dans son canal qu'on ne peut explorer à cause de sa conformation!

Pour moi, qui ne me suis plus contenté d'un examen superficiel pour établir mon diagnostic, et qui, chez la femme, ai toujours examiné avec soin toute l'étendue des organes génitaux, j'ai trouvé que, toutes les fois qu'il y avait seulement inflammation catarrhale, flux blennorrhagique sans ulcération de la nature du chancre syphilitique, jamais, avec la matière des écoulemens, on ne pouvait produire de chancres par voie d'inoculation; tandis que, toutes les fois qu'il existait des chancres, du pus, pris à la surface de ces chancres, et inoculé sur d'autres parties, produisait constamment un chancre : d'où l'on doit conclure que toutes les fois qu'une personne, n'offrant en apparence qu'un écoulement blennorrhagique, donne des chancres, elle doit elle-même être affectée de chancres cachés : ainsi que nous avons pu nous en convaincre chez la femme à l'aide du spéculum, et, comme je l'ai démontré expérimentalement à ma clinique, sur l'urèthre de l'homme.

Si, encore pour preuve d'identité entre la gonorrhée et le chancre, on prétend que les effets sont les mêmes, je répondrai par les argumens que je viens de donner à propos des causes, et qui sont le résultat d'expériences répétées.

Dans tous les cas où une personne affectée de gonorrhée a donné une syphilis à une autre, ou a présenté elle-même des symptômes secondaires a-t-on pu, par une exploration rigoureuse, constater l'état des tissus, siége de la prétendue gonorrhée dans toute son étendue?

La matière de la gonorrhée, introduite dans les yeux, donne lieu à une ophthalmie vénérienne; mais cela prouve-t-il que la gonorrhée soit identique avec le chancre? Il s'en faut de beaucoup.

Il faudrait pour cela que de la matière gonorrhéique, introduite dans les yeux, y produisit, tantôt des chancres, tantôt une ophthalmie blennorrhagique, et que la matière de l'ophthalmie blennorrhagique pût, par voie d'inoculation, produire le chancre, ce qui n'est pas, ainsi que des expériences répétées l'ont prouvé; non pas que les paupières ne puissent pas être le siége de chancre, car j'en ai montré deux beaux cas à ma clinique, et qui étaient dus au transport de la matière de chancres actuellement existant aux parties génitales, mais toujours par cette raison qui veut que la matière de la blennorrhagie, prise sur une surface non affectée de chancre, ne produise pas de chancre.

D'un autre côté, on n'a jamais cité d'observation d'individus ayant seulement eu une ophthalmie blennorrhagique qui aient été plus tard affectés de symptômes secondaires.

Les bubons, les chancres, les condylômes, a-t-on dit, sont surtout la conséquence d'une gonorrhée trop vite supprimée par les injections? Quant aux bubons, suite de blennorrhagie non accompagnée de chancres, toutes les fois qu'ils ont suppuré, et que j'ai pu étudier leur nature à l'aide de l'inoculation, j'ai toujours reconnu qu'ils étaient seulement sympathiques; les bubons symptomatiques, suite du chancre, et qui suppurent, donnent toujours lieu à l'inoculation comme les chancres eux-mêmes. Pour ce qui est des chancres, etc., quand ils arrivent à la suite d'une blennorrhagie supprimée, c'est qu'il y avait, indépendamment de la blennorrhagie, une infection de chancre; enfin, pour ce qui regarde les *flueurs blanches* qui, chez les femmes, remplacent la gonorrhée, et qui peuvent donner lieu à la syphilis, j'ai prouvé, dans un travail lu à l'Académie de médecine, et inséré dans le second fascicule de ses mémoires, que, dans ces circonstances, il existait autre chose que des flueurs blanches, et que les parties cachées et profondes du vagin, du col de la matrice et de sa cavité, étaient le siége de lésions que j'ai signalées.

Enfin, si la gonorrhée, par ses conséquences, était identique au chancre, les affections secondaires devraient être bien plus fréquentes; la blennorrhagie, ainsi que tout le monde est forcé d'en convenir, étant aussi bien plus commune que les chancres, et n'étant, le plus ordinairement traitée que par des moyens simples ou abandonnée à elle-même, tandis que les personnes qui présentent des symptômes secondaires, ont le plus souvent eu, pour antécédens, des chancres; le diagnostic restant incertain chez celles qui n'accusent qu'une blennorrhagie, cette blennorrhagie n'ayant, dans aucun cas, jusqu'à l'heure au moins, été démontrée rigoureusement, comme ayant existé seule et sans complication de chancres cachés.

Pour prouver encore l'identité de la gonorrhée et du chancre, on a dit : *que les mêmes agens médicamenteux convenaient!* Tout le monde sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la blennorrhagie, et lorsque par suite de symptômes secondaires ou de complications, on est forcé d'y avoir recours; il n'est pas sûr, toujours, d'après les raisons données plus haut, qu'on ait eu affaire seulement à une blennorrhagie.

Maintenant peut-on, dans l'hypothèse de ceux qui admettent l'identité de la blennorrhagie et des chancres quant au principe, expliquer les différences de formes et d'effets, par la nature des tissus et de leur sécrétion? Non; car il est évident, comme je l'ai dit plus haut, que les mêmes tissus peuvent être le siége de la blennorrhagie et du chancre, et que, de deux choses l'une, ou bien la matière prétendue virulente reste sans action sur la muqueuse, à cause de l'enduit muqueux qui la défend, ou bien, au contraire, la muqueuse in-

fectée et imprégnée du virus, qui devient une sorte de germe, de levain, sécrète à son tour du virus qui ne saurait naître, ainsi qu'on semble le dire, enveloppé d'une couche muqueuse, et comme *incarcéré dans une capsule de mucus*, car c'est le mucus lui-même qui, dans le cas d'une sécrétion morbide, constitue la matière virulente, et on ne saurait le comparer, lui résultat d'une action pathologique, à un poison qui n'est pas le produit de l'économie, et qu'on y introduit pur, actif, ou atténué, affaibli par des correctifs. D'un autre côté, la sécrétion muqueuse qui continue à se faire alors qu'il y a des chancres, empêche-t-elle l'absorption? Rend-elle le pus du chancre moins actif? Non, sans doute, pas plus qu'elle n'empêche la résorption de la matière cancéreuse dans les canaux des surfaces muqueuses, et cependant les conditions du siége et les fonctions des tissus restent les mêmes, il n'y a donc que la nature de la maladie qui diffère.

En résumé, pour moi, la blennorrhagie diffère du chancre, en ce que dans le chancre, il existe toujours une époque à laquelle l'inoculation est possible, c'est-à-dire, que du pus de chancre porté à l'aide d'une lancette sur un point quelconque de l'économie y donne lieu au développement d'un chancre, identique au premier, tandis que dans la blennorrhagie cela n'est jamais possible. Il faut prendre garde ici, comme quelques personnes l'ont fait, de ne pas confondre les contagions avec ce que j'entends par inoculation.

Enfin, si dans les gonorrhées qu'on a regardées comme indentiques aux chancres, et partant, comme étant seules virulentes, nous avions pu prouver par les observations qui précèdent, et que je répète chaque jour à l'hôpital des Vénériens, qu'il y a autre chose qu'une gonorrhée, il s'en suivrait que le diagnostic de la prétendue gonorrhée, virulente, jusqu'alors le plus souvent impossible, deviendrait de la plus grande facilité à l'aide de l'inoculation; car toute gonorrhée qui de cette manière donnerait lieu à un chancre, serait virulente, parce qu'il existerait quelque part dans les tissus affectés un chancre ou une ulcération de nature chancreuse; tandis que celle qui, pendant toute sa durée, n'aurait jamais rien fourni par l'inoculation, serait incontestablement bénigne, bien qu'elle eût pu, par voie de contagion, donner lieu à une blennorrhagie, chez un autre individu. Si on n'admet pas les conclusions qui précèdent, on est forcé de reconnaître que la blennorrhagie virulente et le chancre syphilitique sont dus à deux virus différens, ce qui n'est pas le plus probable, d'après mes dernières observations.

PHILIPPE RICORD, *chirurgien de l'hôpital des Vénériens, professeur particulier de clinique et de pathologie spéciale.*

—

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

(*Service de M. Dupuytren.*)

—

DES FISTULES URINAIRES RÉNALES.

OBSERVATION. *Traitement par la compression.*

Les fistules urinaires rénales constituent une maladie rare et surtout fort difficile à guérir; en effet, les auteurs les regardent généralement comme incurables, ou au moins comme ne guérissant que par les seuls efforts de la nature, et jamais par les secours de l'art. L'observation suivante, dont on trouve bien peu d'exemples dans les auteurs, et que nous avons recueillie il y a peu de temps à l'Hôtel-Dieu, prouve, au contraire, que l'art peut être quelquefois d'une grande efficacité dans cette maladie, et que sans lui les malades resteraient probablement exposés à une infirmité aussi dégoûtante qu'incommode.

Guibert (Louis-Alexandre), âgé de vingt-neuf ans, marié, d'une constitution assez frêle, entra à l'Hôtel-Dieu, le 25 janvier 1833, pour s'y faire traiter d'une fistule siégeant à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, du côté droit : fistule qui durait depuis plusieurs années.

Il y a neuf ans à peu près, le malade, sans avoir fait aucune chute, reçu aucun coup, aucune blessure, ressentit à la partie postérieure, inférieure et droite de la poitrine une douleur assez vive et qui ne céda point à l'emploi des sangsues, saignées, cataplasmes, etc. Une tumeur se forma: elle s'ouvrit et donna issue à une substance liquide, qu'on reconnut manifestement être de l'urine. Depuis cette époque, une fistule s'établit, persista et donna constamment lieu à l'écoulement d'une quantité considérable d'urine. Les vêtemens du malade en étaient toujours traversés; et les linges épais et nombreux dont il se garnissait, étaient trempés au bout de quelques heures. Une odeur urineuse infecte, des boutons nombreux, des excoriations très-douloureuses autour de la fistule et qui s'étendaient au loin sur la peau, avaient souvent fait désirer au malade la guérison de cette incommodité. On l'avait tentée quelquefois, soit à l'aide d'une compression légère sur l'orifice fistuleux, soit à l'aide de tentes qu'on introduisait dans cet orifice, et qui le remplissaient exactement; rien n'avait réussi. Ce dernier moyen (l'introduction de tentes dans l'intérieur de la fistule) avait même considérablement augmenté la largeur de la fistule et rendu l'écoulement de l'urine plus abondant. Lorsque *Guibert* entra à l'Hôtel-Dieu, on constata un orifice fistuleux à la partie postérieure latérale, droite et inférieure de la poitrine, à deux pouces au-dessus de la deuxième fausse côte, et à trois pouces environ du rachis. Cet orifice, assez large et enfoncé, donnait constamment issue à de l'urine ordinairement pure et quelquefois mêlée à du pus. Le malade rendait ses urines très-librement par l'urèthre: jamais il n'avait eu aucune maladie des voies urinaires,

et il ne se souvenait point d'avoir jamais rendu de calculs ou de gravier.

On laissa le malade reposer, quelques jours avant de commencer son traitement, et on l'examina avec soin. M. *Dupuytren* après avoir passé en revue les diverses méthodes de traitement applicables à ce genre de maladie, se décida à faire usage de la compression appliquée non pas comme on l'avait fait dernièrement en introduisant des corps étrangers dans l'intérieur de la fistule, mais bien sur l'orifice. Dans ce but, on appliqua sur lui du linge fin, de la charpie et des compresses graduées ; une bande large et convenablement serrée, maintint exactement appliqué cet appareil. Pendant les premiers jours, il fut traversé par l'urine, après quelques heures de son application. On était obligé de le renouveler et de le réappliquer plusieurs fois dans le cours de la même journée. On ne tarda pas à s'apercevoir cependant, au bout de quelques jours, que la quantité d'urine diminuait peu à peu, et l'écoulement finit par ne plus exiger qu'un seul changement de l'appareil pendant les vingt quatre heures. Pour rendre la compression plus efficace et plus constante, on imagina d'appliquer un bandage inguinal dont la pelotte reposait sur l'orifice fistuleux. Ce nouvel appareil fut moins efficace que l'autre ; il se dérangeait constamment, et on fut obligé de revenir au premier appareil qui avait été employé dans le commencement : on vit son influence bienfaisante s'accroître et la quantité d'urine devenir moindre de jour en jour. Quelques accidens généraux qui survinrent chez le malade et qui étaient tout à fait étrangers à la compression, tels que fièvre, angine, etc., etc., forcèrent à suspendre la compression ; et pendant quatre ou cinq jours que la fistule fut libre, on put constater qu'il s'écoulait alors dix ou douze fois moins d'urine qu'avant l'emploi de la compression. On continua de nouveau ce moyen, lorsque la santé générale fut rétablie ; et le 15 avril, après moins de six semaines de ce genre de traitement, il ne s'écoulait plus d'urine par la fistule ; depuis trois jours l'appareil n'avait point été renouvelé, et il n'avait point été traversé par une seule goutte de ce liquide. Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu à la fin du mois, rendant encore de temps en temps quelques gouttes d'urine par sa fistule, qui s'ouvrait de temps en temps et se refermait complètement.

Nous avons vu *Guibert* à la fin de l'année 1833 ; il était toujours dans le même état, se félicitant néanmoins de l'immense amélioration qu'il avait éprouvée, mais étant cependant guéri d'une manière incomplète. La compression continuée amènera peut-être par la suite une guérison durable.

Les tumeurs des reins, et par suite les fistules urinaires rénales, se développent quelquefois à la suite de coups ou de chutes sur les flancs ; d'autres fois, elles surviennent après une métastase rhumatismale, dartreuse, etc. Chez notre malade, rien de tout cela n'a eu lieu ; il n'a reçu aucun coup, fait aucune chute, il n'a jamais été atteint de dartres ou de rhumatisme. On trouve dans les auteurs quelques exemples d'abcès du rein, suite de néphrites, qui abandonnés à eux-mêmes, se sont ouverts spontanément et ont eu une terminaison heureuse ; mais le plus ordinairement, ce sont des pierres qui donnent naissance à ces abcès. Alors ils se succèdent, et la plaie reste fistuleuse pendant de longues années, et tant que ces pierres subsistent dans le rein : notre malade n'a point rendu de pierres ni par l'urèthre, ni par la fistule. Quelle a donc été la cause de son mal ? Selon toutes les probabilités, c'est une inflammation de la substance du rein, terminée par une suppuration qui s'est fait jour au dehors.

L'observation que nous avons rapportée est remarquable par l'ancienneté du mal, qui durait depuis neuf ans, et l'efficacité rapide du moyen qui a été employé, *la compression*. Les auteurs s'accordent, en effet, à regarder ces fistules rénales comme presque constamment incurables.

Les plaies du rein par des coups d'épée, de baïonnette, de sabre, donnent lieu souvent à des fistules de cet organe ; mais ce sont surtout les coups de feu qui produisent cette maladie : et alors ces fistules urinaires guérissent bien plus promptement que lorsqu'elles résultent d'une néphrite simple ou calculeuse, terminée par des abcès. En juillet 1830, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs plaies du rein par des coups de balles, plaies qui ont été suivies de fistules urinaires. Chez un de ces malades, la fistule se cicatrisa, et sans l'emploi d'aucun moyen. Le malade était guéri au bout de quinze jours, et sans avoir éprouvé aucun accident grave.

ALEXANDRE PAILLARD et MARX.

DES AVANTAGES DE LA QUININE BRUTE SUR LE SULFATE DE QUININE.

Au commencement de l'année 1828, M. de Martignac, alors ministre de l'intérieur, me fit l'honneur de me désigner avec M. le docteur Ramon et M. Leblanc, médecin vétérinaire à Paris, pour étudier la topographie de l'ancienne province de Sologne, et les causes de la mortalité plus grande des hommes et des animaux domestiques, dans cette partie de la France. — Tout le monde sait combien sont fréquentes en Sologne les fièvres intermittentes : aussi, dès avant mon départ, je fis préparer à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, et avec l'autorisation du ministre, un grand nombre de médicamens dont nous dûmes essayer l'efficacité.

M. Henry, alors pharmacien en chef des hôpitaux, me prépara entre autres choses de la quinine brute, de la quinine pure, et du sulfate de quinine. J'essayai comparativement ces trois médicamens, et, dès cette époque, je recueillis des faits dont je différai la publication jusqu'au jour où j'en aurais observé un plus grand nombre. Plusieurs années de pratique dans le plus grand hôpital de Paris, m'ont permis de prononcer aujourd'hui,

et je raconterai brièvement ici les résultats de mes propres expériences

Lorsque l'on eut découvert le sulfate de quinine, cette précieuse substance devint, de la part de presque tous les praticiens, l'objet de louanges exagérées ; tandis que quelques uns renouvelèrent contre elle les attaques que le quinquina avait éprouvées, lorsqu'il entra dans le domaine de la thérapeutique. On ne peut se dissimuler que le sulfate de quinine a quelques inconvéniens, peu nombreux, il est vrai, mais incontestables. Administré à dose fébrifuge, c'est-à-dire à douze et quinze grains dans un jour, il provoque souvent de la diarrhée, et, dans ce cas, comme il n'est pas absorbé, il ne guérit pas la fièvre. Pour obvier à cet inconvénient, on l'associe à l'opium, au diascordium, ou au sous-nitrate de Bismuth ; et, par ce moyen, on empêche presque toujours le dévoiement. Mais si l'on est forcé de continuer pendant quinze jours ou un mois l'usage de ce médicament, de quelque manière qu'il soit administré, il occasione des douleurs d'estomac qui persistent pendant long-temps. Enfin son amertume est excessive et ne peut être que difficilement déguisée, même dans les pilules que l'on recouvre d'une feuille de métal. Aussi est-il souvent impossible de faire prendre aux enfans du sulfate de quinine, et sommes-nous privés pour le jeune âge d'une de nos plus précieuses ressources thérapeutiques. J'omets ici à dessein les accidens toxiques assez graves que produit souvent le sulfate de quinine donné à trop hautes doses.

Frappé des inconvéniens réels que je viens de signaler, je cherchai, si, parmi les diverses préparations de quinine, il n'en serait pas une qui offrirait tous les avantages du sulfate, sans avoir d'ailleurs la même amertume, et sans produire la diarrhée et les douleurs d'estomac. *La quinine brute ou résineuse*, la moins chère des préparations de quinine (*Voy.* ci-après le Mémoire pharmaceutique de M. le docteur Boudet), remplit toutes ces conditions. Elle est *insipide*. Comme elle est résineuse, elle se ramollit dans les doigts et on peut la rouler en pilules, aussi petites que l'on veut, que l'on jette dans la bouillie ou dans les potages de l'enfant, et qui sont ainsi avalés sans difficultés. Quand la quinine brute est vieille, elle devient alors cassante comme la résine, et on peut la réduire en poudre : cette poudre est mêlée à une cuillerée de potage, de confitures, de sirop, ou de tout autre aliment, et se prend sans que le malade sente de l'amertume. Je le répète, pour les enfans, rien ne peut remplacer la *quinine brute*.

L'insipidité de la quinine résineuse tient à ce qu'elle n'est pas rapidement soluble dans l'eau et dans les sucs de la cavité buccale ; mais elle se dissout aisément dans les acides qui se trouvent dans l'estomac, toutefois avec moins de facilité que le sulfate de quinine ; il résulte de cette moindre solubilité que l'action irritante sur la membrane muqueuse ne se fait que successivement, et que par conséquent les purgations sont plus rares. Par la même raison aussi, la quinine produit moins de douleurs d'estomac que le sulfate de quinine.

Quant à la *quinine pure*, que j'ai également administrée un grand nombre de fois, elle est supérieure au sulfate de quinine, mais elle ne vaut pas la *quinine brute*. Elle est presque aussi amère que le sulfate, seulement elle purge un peu moins.

Les vertus fébrifuges de ces trois médicamens sont exactement les mêmes. Toutefois la quinine brute et la quinine pure peuvent être données à moindre dose, dans la proportion de sept à dix, le sulfate de quinine contenant trois parties d'acide sulfurique et seulement sept parties de principes fébrifuges. Ainsi donc les raisons de préférer la quinine brute au sulfate de quinine, sont les suivantes : Elle a une valeur vénale moindre, est sans amertume, se donne à moindres doses, et cause rarement de la diarrhée et des douleurs d'estomac.

A. Trousseau.

Danger des abcès au col ; par le docteur Froriep.

Après avoir décrit minutieusement la disposition du tissu cellulaire adipeux, fibreux, lamelleux et membraneux dans la région antérieure du col, M. Froriep le divise en plusieurs sections ou sous-régions ; 1° l'espace triangulaire situé au dessus du bord supérieur du sternum ; 2° un autre espace bien plus grand situé derrière le précédent, dont le sépare une forte cloison celluleuse ; 3° une autre section qui naît de celle-ci, que limitent, en dedans, la glande thyroïde et la trachée-artère, en dehors la gaîne des vaisseaux du cou, et qui communique supérieurement avec celle au milieu de laquelle est placée la glande sous-maxillaire ; 4° une quatrième section est située entre le bord postérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien et le bord antérieur du scalène ; c'est là que se rencontrent les glandes lymphatiques du col ; inférieurement elle se continue, le long de la carotide et de la sous-clavière, avec le médiastin ; 5° il en existe une cinquième entre les scalènes et le bord du muscle trapèze ; elle renferme le plexus brachial et se continue inférieurement avec le tissu cellulaire de l'aisselle. Ces principes posés, il est évident que, si du pus s'accumule dans le *fascia superficialis*, il aura peu de tendance à fuser à l'intérieur, et s'insinuera plutôt derrière les tégumens de la poitrine ; s'il s'accumule au contraire entre le *fascia* superficiel et le fascia profond, il se fera jour indifféremment à travers l'un ou à travers l'autre. S'il provient des glandes lymphatiques situées en dehors des gros vaisseaux, et au dessus du plexus brachial, il fusera dans l'espace axillaire. S'il est sécrété par les glandes plus profondes placées derrière la gaîne celluleuse de la carotide, ou dans l'espace qui existe entre la mâchoire inférieure et les muscles du col, ce qui arrive ordinairement chez les scrophuleux, il descendra dans le médiastin, en suivant le trajet des vaisseaux. Mais s'il s'accumule dans le voisinage de la glande sous-maxillaire il peut filer le long de la trachée-artère derrière la glande thyroïde, et arriver également dans le

médiastin sans qu'on ait pu reconnaître son existence. Enfin s'il s'amasse dans l'espace indiqué au dessus du bord supérieur du sternum, il est probable qu'il fusera encore dans le médiastin, si l'on ne se hâte de lui ouvrir une issue à l'extérieur.

A l'appui de cette théorie, l'auteur cite trois observations. La première est celle d'un garçon de onze ans qui, quelques mois auparavant, était tombé d'une certaine hauteur dans un escalier, et s'était fait de fortes contusions à l'épaule et à la hanche droite. La douleur persistant, au bout d'un espace de temps assez long, on appela un médecin qui, n'étant point informé de l'accident qui avait eu lieu, et croyant avoir affaire à une luxation spontanée produite par une cause dyserasique, agrava le mal par un traitement irritant. A son arrivée à l'hôpital, le petit malade présentait une luxation complète du bras et de la cuisse; on remarquait de la fluctuation dans plusieurs points du corps, et notamment au col où existait une tumeur qui s'étendait depuis la partie moyenne de cette région jusqu'au dessus de la clavicule et jusqu'à l'angle de l'omoplate. Il existait en outre un abcès et une fracture à l'extrémité inférieure du radius, et à la première phalange du doigt médius. Tous ces abcès furent ouverts, et le malade périt le sixième jour. A l'autopsie, on trouva des altérations profondes et diverses dans les articulations de l'épaule, du coude, du poignet, etc. Partout il y avait du pus, mais ce fut au col qu'on en trouva le plus. Là existait une cavité de la dimension d'un œuf d'oie, entre le muscle sterno-mastoïdien et le muscle trapèze. Cette cavité communiquait par une petite ouverture avec un vaste abcès, situé sur le côté droit de la poitrine qui s'étendait jusqu'au dessous de la quatrième côte, et depuis les cartilages costaux jusqu'au bord postérieur de l'omoplate. La partie des côtes correspondant à la ligne médiane de l'abcès était altérée, rugueuse, dépouillée de périoste; les muscles étaient détruits dans les points correspondans des espaces intercostaux, de sorte que la plèvre épaissie empêchait seule le pus de tomber dans la poitrine. La communication entre les deux cavités, et la circonstance que celle du col était seule tapissée d'une espèce de kyste formé par le tissu cellulaire refoulé, parurent à M. Froriep des preuves manifestes que l'abcès inférieur était secondaire.

La seconde observation est celle d'un homme de vingt-huit ans, qui se présenta à la Charité de Berlin avec un abcès glanduleux au dessus de la clavicule, au côté droit du col. Cet abcès fut ouvert, mais bientôt il se manifesta des traînées de pus dans plusieurs directions; il survint un peu de toux vers le quatrième mois, et la sonde introduite dans l'abcès se dirigea pour la première fois vers le médiastin intérieur. Elle y avait à peine séjourné quelques secondes que le visage du malade changea, son œil devint fixe, ses bras roides et immobiles; il tomba en syncope; et, en revenant à lui, il rendit en toussant un peu de sang écumeux; il s'écoula en même temps par la fistule du pus mêlé de sang. L'état produit par l'introduction de la sonde se renouvela spontanément à des intervalles de plus en plus courts, et le malade mourut. — *Autopsie.* L'ouverture extérieure de l'abcès, située au dessus de la moitié antérieure de la clavicule, est entourée de glandes indurées et suppurantes; un large canal, à parois celluleuses indurées, se dirige de cet orifice vers le muscle sterno-mastoïdien. Un autre trajet fistuleux descend directement dans la poitrine; on y introduit avec précaution une sonde courbe, et après avoir enlevé avec soin la clavicule, on trouve que ce trajet aboutit par une ouverture du diamètre d'une plume de corbeau, dans la veine cave supérieure à l'instant où elle naît de la réunion de la sous-clavière et de la jugulaire interne. Le tissu de la veine n'est ni enflammé ni altéré en aucune façon; la sonde pénètre jusqu'à l'oreillette droite, à l'entrée de laquelle existe un caillot dans lequel on ne trouve pas la plus légère trace de pus. Deux autres fistules, se dirigeant l'une vers une cavité du volume d'une noix, située sous le médiastin immédiatement derrière le sternum, et l'autre dans une caverne du sommet du poumon, toute remplie de matière caséiforme appartenant à des tubercules dégénérés. La troisième observation est fort analogue à la précédente, mais le malade vit encore.

Mort subite par introduction d'air dans la veine jugulaire; par le docteur Ulrick.

En faisant l'ablation d'une tumeur située sur le côté du col, et qui comprenait les vaisseaux et les nerfs de cette partie, M. Ulrick s'aperçoit qu'il vient d'ouvrir la veine jugulaire interne. Cependant pas une goutte de sang ne s'écoule, les parois veineuses restent écartées comme si elles appartenaient à une artère; leur face interne n'offre rien de particulier; mais, à l'extérieur, elles présentent une couleur blanche qui n'est point ordinaire aux veines. Les assistans croient avoir entendu un sifflement à l'instant où le vaisseau a été coupé. Bientôt, du sang écumeux coule par le bout inférieur; le malade tombe en syncope; il est pris de légers mouvemens convulsifs de la face, puis d'opisthotonos. Le visage est pâle, le pouls petit, tremblant, la respiration rare; la mort survient au bout d'une minute. Cinquante-deux heures après la mort, le cadavre ne présente presque aucune trace de putréfaction. Les tégumens du crâne fournissent assez de sang, le cerveau est ferme et piqueté. La carotide, la trachée-artère, le nerf vague sont examinés et trouvés intacts; la jugulaire interne est enveloppée par la tumeur; elle se rétrécit, et finit par s'oblitérer un peu au-dessus du point où elle a été coupée. Après avoir ouvert avec soin le péricarde, on trouve l'oreillette droite distendue, élastique; on pratique une légère incision à sa partie supérieure; elle s'affaise aussitôt sans qu'il s'échappe une goutte de sang. Le sang contenu dans le ventricule droit et dans le reste du corps est noir et liquide. (Medicinsiche zeitung.)

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

SEPTEMBRE 1834.

(*Note du Rédacteur.*)

M. le docteur Ch. Phillips, jeune médecin belge, qui s'occupe activement et avec beaucoup de goût de *l'autoplastie*, ayant bien voulu se charger de la rédaction des deux opérations autoplastiques, pratiquées par M. Dieffenbach à l'hôpital de la Pitié, nous avons jugé convenable de les publier sans le moindre commentaire, parce qu'elles nous ont paru résumer d'une manière très-exacte tous les détails opératoires relatifs à la *blépharoplastie* et à la *rhinoplastie*, dont il est ici question. L. L.

—

Blépharoplastie.

(Salle Saint-Louis, n° 2.)

Massy (Lucien), âgé de quarante-huit ans, de Buraucourt, tourneur en bois, aperçut, il y a environ sept ans, un petit bouton au-dessous du bord libre de la paupière inférieure et dans l'angle interne de l'œil.

Il essaya de le faire disparaître, non qu'il en ressentît des douleurs, mais à cause de la gêne qu'il éprouvait dans les mouvemens de l'œil.

Il eut recours à une application de vinaigre et de sel, ce qui fit faire des progrès au mal, et augmenta de beaucoup le volume du bouton, qui s'ulcéra peu de temps après.

Cette ulcération envahit la paupière inférieure, qui disparut entièrement.

C'est dans cet état qu'il arriva à l'hospice de la Pitié.

M. Dieffenbach vit ce malade, et crut que la chirurgie pouvait faire disparaître cette difformité, et rendre au malade tous les avantages d'une paupière naturelle. Voici l'opération pratiquée par cet ingénieux chirurgien:

Le malade, couché sur un lit, l'opérateur commença à borner les limites du mal par une incision en V ; ayant détaché tout ce qui lui parut malade, il fit à l'angle externe de l'œil une incision d'un pouce de longueur, à angle droit, avec l'axe du corps ; une autre incision, partant de l'extrémité externe de la première, avec laquelle elle formait un angle droit, vint se terminer au-dessous de la pommette ; il détacha de cette manière un lambeau quadrangulaire, qui fut ramené en dedans et appliqué contre la muqueuse de la paupière inférieure. Il fit la torsion de quelques petites artères, avant de fixer le lambeau.

Le bord interne de l'incision en V était entouré de cicatrices, résultant d'anciennes ulcérations, cette circonstance défavorable à la réunion immédiate, détermina M. Dieffenbach à les enlever.

Après avoir arrêté l'écoulement du sang entre les lèvres de la plaie, il appliqua six points de suture pour convertir en une cicatrice linéaire la perte de substance en V, faite à l'angle interne de l'œil, et descendant à l'aile du nez.

Voulant ensuite conserver à cette paupière de nouvelle formation, l'aspect d'une paupière véritable, il ramena au-dessus du bord supérieur du lambeau, la muqueuse qu'il avait eu soin de conserver, et la fixa, au moyen de points de suture entrecoupée, appliqués sur le *bord libre de la paupière.*

Le lambeau, tiré en dedans, et réuni à la lèvre interne de la plaie, résultant de l'ablation du mal, avait déplacé la perte de substance qui se trouva ainsi à l'angle externe de l'œil.

La réunion immédiate ne fut point tentée, afin de ne point tirailler le lambeau. Cette plaie fut pansée à plat ; trois petites bandelettes de diachylon, de la largeur d'une ligne chacune, suffirent pour maintenir la charpie recouvrant la plaie.

Les points de suture furent enlevés deux jours après l'opération : la paupière supérieure resta tuméfiée pendant trois à quatre jours, et l'œil, assez fortement injecté, occasionnait quelques douleurs de tête. Des applications émollientes suffirent pour faire disparaître ces symptômes.

Aujourd'hui, 15 septembre, le malade est très-bien ; la plaie de l'angle externe de l'œil est à peu près cicatrisée, et le lambeau appliqué à l'angle interne de l'œil simule parfaitement une paupière naturelle.

L'œil a conservé une légère injection, que M. Dieffenbach explique par l'irritation que produit cette nouvelle paupière, qui agit comme un corps étranger sur l'œil, qui depuis long-temps n'était plus recouvert.

Ch. Phillips de Liége.

Rhinoplastie.

(Salle Saint-Jean, n° 8.)

Oriolle (Victoire), âgée de trente-huit ans, du de-

partement de la Haute-Loire, se plaignait depuis dix-sept ans de douleurs de tête, qui devinrent intolérables. Dans l'espérance de trouver un remède à ses souffrances, elle vint à Paris réclamer les secours de la médecine.

Admise à l'hospice Saint-Louis, elle en sortit après un séjour de six mois, pour entrer à l'Hôtel-Dieu. Tout-à-coup, il survint d'insupportables démangeaisons à la narine droite; pendant huit jours, on fit usage de cataplasmes, mais sans succès. Fatigué de n'obtenir aucun changement, le chirurgien auquel elle s'était confiée fit une application de pâte arsénicale, qui développa une inflammation violente. Douze jours après, apparurent beaucoup de petits boutons, le nez se gonfla fortement; il se forma une croûte épaisse, qui se détacha deux mois après, et laissa voir à nu les fosses nasales; la portion cartilagineuse du nez était entièrement détruite.

Pendant treize ans, elle resta dans cet état; les pommettes se couvrirent d'une dartre rongeante.

Enfin, elle entra à la Pitié, où elle fit le service d'infirmière. Ayant pris un nez métallique, et s'y étant habituée, elle ne voulut pas demander à la chirurgie la restauration de l'organe qu'elle avait perdu, lorsque le succès brillant obtenu par M. Dieffenbach sur Massy, qui avait perdu la paupière inférieure, détermina cette malheureuse à se soumettre à une opération qu'elle a supporté avec le plus grand courage.

Le 8 novembre, M. Dieffenbach dessina avec une plume le lambeau qu'il voulait emprunter au front.

Le dessin représentait un triangle, dont la base, tournée en haut, était coupée par un prolongement quadrilatère, de dix-huit lignes de largeur et dix-huit de hauteur, destiné à former la sous-cloison. Le sommet tronqué de ce triangle était borné d'un côté par l'extrémité interne du sourcil gauche, tandis que de l'autre, la ligne descendait jusqu'au moignon du nez.

Son plan d'opération tracé, M. Dieffenbach saisit le bistouri, et détache le lambeau du front de haut en bas; arrivé à la hauteur des sourcils, il prolonge son incision jusqu'à la base des fosses nasales, en fait autant de l'autre côté, de sorte que du niveau des sourcils à l'extrémité inférieure des fosses nasales, les incisions représentent parfaitement un Y renversé ⅄. Une incision horizontale, longue de neuf à dix lignes, est pratiquée à la lèvre supérieure pour la détacher de ses adhérences internes, et le doigt, porté à travers cette incision, s'assure de l'entière liberté de la lèvre supérieure.

Les parois du nez, disséquées de chaque côté, firent place au lambeau du front, renversé sur les fosses nasales.

Pour donner à l'écoulement du sang le temps de s'arrêter, M. Dieffenbach procéda à la réunion de la plaie du front; les bords de cette plaie furent rapprochés par des points de suture entrecoupée. Ce qui étonna tous les assistans, c'est que cette plaie du front, qui, par l'effet de la rétraction de la peau, avait deux pouces et demi de large sur deux de long, se réduisit au diamètre d'une pièce de trois francs.

L'opérateur commença par fixer la sous-cloison dans l'incision pratiquée à la lèvre supérieure. Deux points de suture entortillée suffirent pour l'y maintenir.

Les bords saignans du lambeau et du moignon du nez étant affrontés, on les tint en contact par trente-sept points de suture entortillée: les fosses nasales furent remplies de charpie; une longue bandelette de sparadrap, large de trois lignes, fut passée au-dessus et en travers de la sous-cloison, et fixée sur les joues. Cette bandelette servit à replier la sous-cloison sur elle-même et à la maintenir.

La malade fut reportée dans son lit; on prescrivit des applications froides sur le front et les joues. — Diète absolue.

A sept heures du soir, le lambeau était très-engorgé, froid et livide. — M. Dieffenbach fit faire une application de huit sangsues sur la base du lambeau, et trois sur les bords.

Le 9 au matin, le lambeau était plus engorgé et plus livide que la veille; il avait cependant acquis de la chaleur. — On pratiqua une large saignée du bras, et on appliqua des sangsues à trois reprises dans le courant de la journée; elles furent placées sur la face et sur le lambeau, auquel on fit des scarifications avec une lancette, pour obtenir son dégorgement.

Le 10, deuxième jour révolu, on enleva tous les points de suture; la réunion était parfaite sur tous les points du lambeau. — Diète. On prescrit de l'eau de Sedlitz; huit sangsues sur chaque région parotidienne.

Le 11, la réunion se consolide de plus en plus; la plaie du front suppure; l'état général de la malade est très-satisfaisant. — Sel de glauber, une once dans trois verres d'eau, diète sévère.

Le pansement se borne à quelques petites bandelettes; pendant la journée, on fait sur le lambeau et les joues des fomentations avec infusion de camomille, aiguisée de vin blanc.

Le 12, on supprime les bandelettes, on continue des applications d'eau blanche. — Le soir on donne une nouvelle dose de sel de glauber. On touche avec l'onguent épispastique un point de l'aîle droite du nez, qui paraissait un peu livide, et dont la réunion tardait à se compléter.

Le 13, la malade est très-bien. — On fait des applications d'eau tiède sur le nouveau nez. Troisième prescription de sel de glauber; régime sévère.

Le 14, la malade est très-bien; son nez est parfaitement consolidé, et présente un aspect très-satisfaisant.

Toutefois, M. le professeur Dieffenbach se propose d'y faire quelques corrections, qui, à vrai dire, ne seront qu'une affaire de pure coquetterie.

Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique aussi actif, secondé par une abstinence de près de douze jours et par l'emploi de sels purgatifs, qui avaient pour objet de déterminer une irritation sécrétoire révulsive sur la muqueuse intestinale, non-seulement tous les accidens inflammatoires du lambeau ont promptement disparu, mais encore la dartre rongeante a été presque entièrement guérie.

Ch. Phillips, de Liège.

SUTURES DES INTESTINS.

L'histoire de la chirurgie montre avec quelle ardeur, dès les temps les plus reculés, on a recherché des moyens pour guérir les plaies transversales des intestins : il est peu d'opérations chirurgicales qui aient autant excité le génie des praticiens à imaginer des procédés opératoires pour remédier à ce grave accident.

Exécutés sur le vivant, ils n'ont malheureusement pas toujours réalisé les espérances brillantes fondées par des théories plus ou moins rationelles.

De nos jours, un chirurgien célèbre (1) ayant émis une opinion neuve sur le mode d'union entre des membranes de diverses natures, fit naître plusieurs procédés, basés sur cette observation, que les membranes muqueuses ne contractent point d'adhérences entre elles.

L'invagination de Jobert, la suture de Lembert, les viroles de Denans, ne sont que les corollaires de cette proposition.

Étonné du peu de succès obtenu à la suite de cette opération, désirant ardemment savoir à quel procédé donner la préférence, M. Amussat entreprit de répéter sur les animaux vivans les expériences publiées par tant de chirurgiens.

Bien que Randhor ait réussi une fois en appliquant son procédé sur l'homme, les insuccès éprouvés par MM. Boyer et Richerand ont fait totalement rejeter cette méthode, qui n'a d'importance maintenant que dans l'histoire des opérations chirurgicales.

Voici les résultats obtenus par les trois procédés modernes qui méritent seuls d'être employés.

L'invagination de M. Jobert (2) sur quatre chiens opérés, n'a donné qu'un succès.

Elle a été pratiquée sur l'homme par M. J. Cloquet (3).

La suture de Lembert (4) ne réussit pas d'abord sur deux chiens : ayant détaché le mésentère dans l'étendue de trois à quatre lignes, et y appliquant le premier point de suture, les deux chiens, sur lesquels cette expérience fut faite, guérirent en très-peu de temps.

Je n'ai fait qu'une seule fois la suture de Lembert, modifiée par M. Velpeau ; le chien a également guéri ; le manuel opératoire de ce procédé modifié, est d'une exécution plus facile que celui décrit par Lembert.

(1) Richerand, pag. 324, vol. 3, nosograph. et thérapeut. chirurg.

(2) Arch. génér. de méd., pag. 71. Janvier 1824 ; et pag. 88, vol. 1e des maladies chirurg. du canal intestinal.

(3) Arch. génér. de méd., pag. 648. Août 1826. M. Velpeau n'avait probablement pas connaissance de ce fait quand il a dit dans sa Médecine opératoire, publiée en 1832 : « Il manque au surplus à cette manière de faire, d'avoir été mise en usage sur l'homme vivant. » (Article cutéroraphie.)

(4) Arch. génér. de méd., pag. 234, vol. 13. Février 1827.

Les viroles de Denans (1) n'ont donné qu'un succès sur quatre.

Dans son Mémoire, déposé à l'Académie, ce chirurgien dit que, dans sa première expérience, les viroles ne sont sorties que dix-sept jours après l'opération.

Dans la seconde, pour hâter leur expulsion, il plaça un petit os dans un morceau de pain, le chien l'ayant avalé, les viroles furent entraînées au dehors huit jours après.

Je ne décrirai pas ici le premier procédé de Denans, j'indiquerai seulement les temps d'une modification moins connue (2), qui me paraît devoir l'emporter sur le précédent, parce qu'elle est plus simple, plus facile à exécuter, et parce qu'elle donne plus de chances de succès.

« 1° Une rangée circulaire de ressorts analogues » à ceux qui servent de fermoir aux bracelets des » dames ;

» 2° Les viroles externes sont de forme conique ; vers » leur base se trouve en dedans un rebord d'une ligne, » qui, quoique recouvert par le renversement de l'intes- » tin, retient encore les ressorts de la virole interne qui » l'ont franchi (3). »

De cette manière, on évite la difficulté que l'on éprouve à passer les ligatures ; une fois le premier ressort fixé, on ne renverse que ce qu'on veut de l'intestin, ce qui empêche ce dernier de se tuméfier et de former un bourrelet dans l'intérieur des viroles, cause constante des insuccès rapportés à la suite du premier procédé.

Tous ces travaux ont pour but l'agglutination des séreuses et le rétablissement du calibre de l'intestin.

Mais peut-on abandonner avec sécurité les viroles de Denans dans le tube intestinal ? Qui ne voit les accidens terribles qui peuvent en résulter.

Parce que l'on n'enferme pas dans l'abdomen un corps étranger métallique, le procédé de M. Jobert offre-t-il plus de certitude ? Je ne le crois pas. Indépendamment de son exécution très-difficile, de l'embarras que l'on éprouve à distinguer le bout supérieur de l'inférieur, la suture conseillée par ce chirurgien n'est pas suffisante pour prévenir un épanchement, et surtout pour empêcher le renversement du bout inférieur de se relever, ce qui rend alors les adhérences impossibles entre les points de suture, et laisse un libre passage aux matières fécales.

Le procédé de Lembert, qui paraît simple, facile à exécuter sur le cadavre, offre dans son application sur le vivant, des obstacles difficiles à vaincre ; il se fait presque toujours un bâillement des membranes du côté du mésentère, bien qu'on ait eu la précaution de le détacher dans l'étendue de trois à quatre li-

(1) Séance du 28 septembre 1826. Acad. roy. de méd.

(2) MM. Velpeau et Malgaigne n'en ont point fait mention dans leur *Traité de médecine opératoire*.

(3) Extrait du mémoire manuscrit de Denans, déposé à l'Académie.

gnes, comme dans l'invagination de Randhor. C'est presque toujours par ce point que j'ai vu se faire l'épanchement.

C'est ici que se termine le sommaire des recherches faites par les chirurgiens modernes sur la suture des plaies transversales des intestins.

Ayant répété les expériences de *Travers*, ayant remarqué que si on étrangle circulairement l'intestin, la membrane séreuse de la portion supérieure contracte des adhérences intimes et rapides avec la séreuse de la portion inférieure, que la partie étranglée, obstruant le canal se gangrène et s'échappe par le rectum, qu'enfin, dans l'espace de trois jours, le tube intestinal a repris son calibre, et qu'au dix-septième jour, les adhérences sont si complètes, qu'il est impossible de reconnaître la cicatrice sur la muqueuse intestinale, M. Amussat se demanda si en employant la constriction circulaire décrite par *Travers*, il ne serait pas possible de conserver à l'intestin une portion de son calibre pour permettre aux matières de s'écouler, et prévenir les accidens produits par l'étranglement.

Se proposant aussi de simplifier l'opération en employant des substances que l'on peut trouver partout au besoin, il crut qu'un tube de sureau, long de cinq à six lignes, et d'un diamètre proportionné à la capacité de l'intestin, pourrait atteindre ce but.

Il essaya donc, mais sans succès, d'étrangler l'intestin dans une rainure pratiquée au milieu du tube de sureau : ce sillon n'étant pas assez profond, ne facilita pas le rapprochement des séreuses, les adhérences ne se consolidèrent pas, et quand la partie mortifiée par la ligature se détacha, les deux bouts de l'intestin, flottant dans l'abdomen, fournirent un épanchement bientôt mortel.

Pour remédier à cet accident et prévenir ce triste résultat, M. Amussat appliqua sur chaque extrémité du tube de sureau deux petites viroles, se regardant par leur base, et fixées à ce canal par une bandelette de sparadrap, il obtint ainsi un sillon profond au lieu d'une rainure à peine sensible.

Deux ligatures, longues d'un demi-pied, armées chacune d'une aiguille droite, et placées en regard sur le bord du sommet tronqué d'un des cônes, complètent l'instrument sur lequel on doit étrangler l'intestin.

Prenant alors indistinctement l'un des deux bouts du canal, on place dans son intérieur le tube de sureau, armé de deux aiguilles, que l'on passe de dedans en dehors à travers les membranes de l'intestin. L'autre bout étant maintenu ouvert au moyen de plusieurs pinces, l'opérateur saisit les deux aiguilles réunies, les plonge en même temps à un pouce de profondeur dans ce bout, leur faisant traverser l'épaisseur des tissus, il les ramène au dehors et se sert des deux ligatures pour invaginer dans le bout, tenu par l'aide, l'extrémité armée du sureau.

On porte alors un morceau de fil ciré au niveau du sillon tracé sur le sureau, et on y étrangle fortement l'intestin. Il se produit bientôt une tuméfaction des membranes, qui, relevées et portées l'une vers l'autre par les bourrelets de fil appliqués aux extrémités du sureau, contractent aisément des adhérences solides : le bout d'intestin sur lequel la ligature a exercé immédiatement sa constriction présente, au niveau de cette ligature un rebord qui mettrait obstacle à la réunion des séreuses ; il faut le *réséquer* avec de petits ciseaux. Ce temps de l'opération réclame une grande attention de la part du chirurgien.

Si la résection a lieu trop loin de la ligature, l'obstacle persiste et l'opération est manquée ; si au contraire on *réséque* trop près, une traction un peu forte peut détacher l'intestin, et il se fait un épanchement.

Ce procédé, exécuté avec précaution, a donné pour résultat quatre succès sur cinq chiens opérés.

Cette méthode n'offre pas les inconvéniens des autres, et en a presque tous les avantages.

Comme dans le procédé de Denans, on abandonne un corps étranger dans l'abdomen ; mais au lieu de cylindres métalliques qui ne changent pas de volume, c'est un tube de sureau garni de fil ciré qui séjourne dans l'intestin.

Les mucosités et la chaleur rendant le cylindre mobile après lui avoir fait perdre de son volume par le décollement du sparadrap, qui détermine la chute des viroles, ces dernières sont entraînées au dehors avec les matières fécales.

On éprouve bien, il est vrai, quelque difficulté à exécuter le second temps de l'opération consistant à invaginer le bout armé du tube de sureau dans l'intestin tenu ouvert par un aide. Les membranes, se repliant sur elles-mêmes, offrent constamment un obstacle à l'invagination. Sur le cadavre, l'opération est d'une exécution très-brillante, l'intestin ne se contractant pas. Pour vaincre cette difficulté, M. Alex. Thompson, anatomiste distingué, a démontré, dans une séance à l'école anatomique des hôpitaux, le procédé suivant, qui n'a encore été appliqué que sur le cadavre.

L'instrument de M. Amussat est divisé en deux parties : les deux cônes sont rendus mobiles et se réunissent par une canule en bois d'ébène, longue de trois à quatre lignes, les bases des deux cônes sont séparées par une rainure de deux lignes de profondeur et d'une ligne et demie de largeur, chaque base est évidée : lorsqu'elles sont réunies, elles présentent une crête de deux à trois lignes.

Le cône mobile est percé de deux trous à son rebord pour recevoir deux ligatures ; deux autres fils cirés traversent toute l'épaisseur du tube sur lequel est fixé l'autre cône. Le fond des rainures résultant de la réunion des cônes, présente des aspérités qui maintiennent plus solidement l'intestin.

Le cône mobile est fixé sur un manche qui dépasse son sommet tronqué dans l'étendue de trois quarts de pouce. Il porte à sa partie moyenne un petit bouton fixe, qui sert à maintenir les ligatures que l'on roule sur son axe.

L'extrémité du manche sert à frayer le passage dans l'intestin, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à deux tiers de pouce au delà de la base du cône fixé sur le manche. Il

porte près du bouton deux leviers terminés en érigne, se mouvant par un ressort, destinés à fixer l'intestin. On place alors une ligature sur la rainure de la base du cône, et l'on étrangle l'intestin que l'on *résèque* aussitôt ; on déroule les deux ligatures qui rendent la liberté au cône, on les passe chacune dans une aiguille, et on traverse la partie d'intestin étranglée.

On fait la même chose pour l'autre bout : les deux cônes sont alors réunis de manière à ce que les ligatures destinées à les fixer soient en rapport immédiat. On les noue, on les coupe près des nœuds, et l'intestin est replacé dans l'abdomen.

M. Choisy, dans sa thèse inaugurale, soutenue cette année à la Faculté, présente un procédé de suture qui n'est autre que celui de son maître, M. Amussat.

L'emploi du tube de sureau n'est pas nouveau; Fabrice d'Aquapendante en parle (1). Guy de Chauliac (2) dit, « *Quelques-uns (comme Rogier, Iamier et Théodore),* » *mettent dans le boyau une canule de sureau pour gar-* » *der que la fiente ne pourrisse la couture.* » il était parfaitement tranquille, quant à la sortie du tube, puisqu'il ajoute au bas de la même page : « *Car nature* » *attentive à l'expulsion des choses étrangères, rejette et* » *oste ces choses-là de la couture.* »

Au reste, la manière dont M. Amussat l'emploie, ne ressemble en rien au sureau des anciens; ce tube ainsi modifié, constitue un procédé très-ingénieux appartenant à cet habile chirurgien.

Ch. Phillips, de Liége.

Extirpation d'une tumeur squirrheuse, accompagnée d'un kyste séreux, occupant tout le côté gauche du cou, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule. Opération qui a nécessité la ligature de l'artère carotide, celle de la veine jugulaire interne et la section de la huitième paire de nerfs ; par L. Labat, Docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Egypte.

Ad extremos morbos, extrema remedia
Hippocrate.

Madame Guirand d'Alain, femme d'un officier de l'ex-garde impériale, âgée de vingt-huit ans, douée d'une bonne constitution, fut atteinte dès sa vingtième année d'un engorgement glandulaire qui commença à paraître vers la partie inférieure latérale gauche du cou. C'était primitivement des ganglions tuméfiés, mobiles, faciles à isoler; mais le mal n'ayant été combattu que par des emplâtres insignifians et quelques tisanes soi-disant *dépuratives*, la tumeur s'accrut progressivement et finit par acquérir un volume considérable. Sur ces entrefaites, un kyste séreux se développa en dehors de cette masse glandulaire squirrheuse, qui finit au bout de huit ans par égaler en grosseur la tête d'un enfant. Il est presque inutile d'ajouter que durant ce laps de temps, la malade ayant consulté un grand nombre de médecins, tous les remèdes *fondans, anti-scrophuleux*, iodurés et autres, furent mis en usage.

Les divers agens thérapeutiques dont on fit l'essai, ayant été complètement inutiles, et d'autre part, la tumeur augmentant toujours, madame G*** se décida à tenter les terribles chances d'une extirpation totale de cette masse ganglionaire.

La malade fut présentée à plusieurs opérateurs de Marseille, qui, découragés par l'énormité de la tumeur et par l'impossibilité de reconnaître la disposition relative de l'artère carotide, de la veine jugulaire interne et la huitième paire de nerfs, refusèrent de pratiquer une opération aussi hasardeuse, et qui d'ailleurs pouvait être subitement mortelle.

Néanmoins, cette extrême réserve de la part des chirurgiens que madame G*** eut occasion de consulter, ne put la dissuader de l'intention où elle était de faire extirper sa tumeur dont le volume s'était accru au point que la respiration et la déglutition en éprouvaient une gêne considérable.

Sur ces entrefaites (le 25 avril 1826), me trouvant à Aix, en Provence, je reçus la visite de M. Guirand, que j'avais connu pendant son séjour en Égypte, où il était instructeur d'un des corps d'armée de Mohamed-Aly; il m'exposa la cruelle position où était sa femme, et l'intention formelle où elle était de se soumettre à l'extirpation de la tumeur, quelque danger que présentât cette opération; je consentis à m'en charger, après m'être assuré, toutefois, qu'il y avait des chances de succès.

Voici dans quel état je trouvai la malade :

La tumeur extrêmement volumineuse et de forme sphéroïde, s'étendait depuis la partie postérieure de l'oreille gauche jusqu'à la clavicule du même côté, et depuis la partie antérieure du cou jusqu'aux apophyses épineuses des vertèbres de cette région. La peau qui la recouvrait était lisse et fortement tendue; elle offrait quelques traces de cicatrices sur la partie moyenne où l'on avait précédemment établi divers fonticules. En avant, la tumeur était mobile et me parut de consistance *mélicéritique;* en arrière et dans la partie profonde du cou, elle était dure, adhérente et d'une immobilité complète ; en bas, ce n'était qu'avec peine que je pouvais refouler la tumeur de manière à faire glisser mes doigts entre elle et la face supérieure de la clavicule ; mais je ne pouvais arriver jusqu'au bord postérieur de cet os. Le larynx paraissait faire masse avec la tumeur, de telle sorte que la parole était gênée et le son de voix anormal.

Madame G*** me raconta que les divers paquets glandulaires primitivement distincts et mobiles avaient fini, en augmentant de volume, par remplir l'intervalle qui les séparait, qu'alors la tumeur était devenue uniforme, immobile à sa base, élastique à son sommet, et presque

(1) Opera chirurgica, pag. 224, lib. secund.

(2) La grande Chirurgie composée en 1363, édit. 1632, pag. 306.

indolore dans toute son étendue. Seulement, lorsque le temps était à l'orage, la tumeur devenait plus tendue, la malade éprouvait des vertiges, un surcroît d'oppression et un malaise général.

Persuadé que cette tumeur, abandonnée aux seuls efforts de la nature, ne tarderait pas à devenir mortelle; et d'autre part, étant bien convaincu de l'insuffisance des moyens topiques, puisqu'ils avaient été inutilement employés par d'habiles praticiens, je proposai aussitôt l'extirpation de la tumeur; mais voulant mettre ma responsabilité à l'abri, je demandai une consultation des principaux médecins de la ville, afin de leur exposer mon opinion sur un cas aussi grave. MM. les docteurs Arnaud, Guirand (1), Pin, Aillaud et Carbonel, furent désignés pour m'assister dans cette grave occurrence.

Le simple exposé de la maladie ayant mis hors de doute la nécessité de pratiquer une opération hasardeuse, plutôt que d'abandonner la malade à une mort assurée, l'accord fut unanime sur l'urgence de l'extirpation. J'exposai alors par quel procédé opératoire j'espérais arriver à une heureuse fin, dans le cas où l'on pourrait éviter la section de l'artère carotide primitive, et quelles seraient en dernier lieu mes ressources dans le cas où sa ligature deviendrait inévitable.

Mon plan d'opération ayant été approuvé par mes confrères, je procédai, le 5 mai, de la manière suivante à l'extirpation de cette énorme tumeur :

La malade, convenablement préparée par quelques jours d'un régime sévère, fut placée sur un fauteuil où je la fis maintenir par quelques-uns des confrères ci-dessus désignés. Prenant alors un bistouri convexe sur le tranchant, je pratiquai deux incisions semi-elliptiques qui, réunies par leurs extrémités, formèrent une ellipse très-allongée s'étendant depuis le lobule de l'oreille jusqu'à l'extrémité antérieure de la clavicule, et comprenant dans son épaisseur la peau, l'aponévrose cervicale et le muscle peaucier; je cernai ainsi la portion des tégumens qui était altérée par d'anciennes cicatrices. Dans ce premier temps de l'opération, la veine jugulaire externe ayant été divisée, les deux bouts furent liés parce qu'ils fournissaient une égale quantité de sang noir glutineux qui coulait en nappe. Je saisis ensuite l'angle inférieur du lambeau que je disséquai rapidement de bas en haut, de manière à le détacher entièrement et à mettre à découvert la face externe du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, que j'isolai aussitôt de la partie profonde du cou. Jusqu'à ce moment madame G*** avait supporté l'opération sans proférer aucun cri; mais durant la dissection du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien (qui avait changé de forme et de rapports, au point qu'il avait six pouces de largeur, et formait une espèce de calotte musculaire embrassant la portion externe de la tumeur), quelques filets nerveux du plexus cervical superficiel ayant dû nécessairement être incisés, chacune de ces sections causa des douleurs très-vives à la malade.

Le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, débarrassé de toutes ses adhérences, et réuni en faisceau, fut confié à un aide, qui, le saisissant avec le plein de la main, le ramena en arrière afin de dégager complètement la partie sur laquelle je devais opérer. Je poursuivis alors la dissection des deux bords de la plaie elliptique, en procédant toujours de bas en haut, afin que l'écoulement du sang ne mît point obstacle à l'exploration progressive des parties que je devais inciser. Ce fut inutilement que, par excès de précaution, je voulus essayer de déchirer avec les ongles le tissu cellulaire ambiant plutôt que de l'attaquer avec le bistouri; les mailles de ce tissu étant serrées, remplies d'une graisse albumineuse qui ne permettait pas d'en opérer la déchirure, je me vis obligé de terminer la dissection avec le bistouri.

La tumeur fut d'abord dégagée de ses adhérences avec le larynx, la trachée-artère et la glande parotide, ce qui ne laissa pas que d'offrir quelques difficultés, non-seulement à cause de l'excessive douleur que fit éprouver à la malade la lésion inévitable de plusieurs filets nerveux, mais encore à cause des nombreuses ligatures que nécessita la section de plusieurs branches artérielles provenant de la thyroïdienne supérieure. Grand nombre de ces artérioles présentant un calibre supernormal, par suite du développement considérable qu'avait acquis la tumeur; j'eus la précaution d'en faire la ligature à l'instant même, dans la crainte que ces vaisseaux artériels, en se rétractant dans l'épaisseur des tissus, offrissent ensuite une grande difficulté à être saisis et liés, obstacle que j'avais eu à me convaincre dans une opération à peu près analogue que j'avais pratiquée à Saint-Cannat, village situé à trois lieues de la ville d'Aix (1).

Après être parvenu, non sans peine et sans de graves inquiétudes, jusqu'à la partie la plus profonde de l'emplacement occupé par la tumeur, je disséquai le bord postérieur de la plaie elliptique; je pénétrai profondément en dedans des muscles scalènes qui étaient considérablement refoulés en arrière, et je parvins enfin à passer mes doigts au-dessous de la tumeur, de telle sorte qu'elle se trouva isolée dans le sens antéro-postérieur.

Malgré tous les soins que j'avais pris de lier promptement les vaisseaux un peu importans, afin de ménager le plus possible les forces de la malade, le sang qu'elle avait perdu et les douleurs atroces que lui avait causé l'opération, la jetèrent dans un prolapsus complet qui

(1) Chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de la ville d'Aix.

(1) En me rappelant les difficultés que présentèrent ces nombreuses ligatures et surtout l'embarras que me causait durant l'opération la présence de tous ces fils, dont j'avais à craindre l'arrachement, par suite de la plus légère traction, je conçois les immenses avantages que la torsion artérielle m'aurait présenté dans cette occasion. Mais à cette époque M. le docteur Amussat n'avait point encore découvert ce puissant moyen hémostatique.

ressemblait presque à une véritable syncope : les contractions artérielles s'affaiblirent au point qu'elles devinrent d'un instant à l'autre presque imperceptibles.

L'aspect que présentait Mme G*** était vraiment effrayant : les mouvemens ondulatoires qu'exécutaient de temps à autre le larynx et la trachée artère, dont le côté gauche avait été mis à découvert ; l'étendue et la profondeur considérable de la plaie, dont les bords, devenus libres par la dissection, s'étaient rétractés, ce qui faisait faire à la tumeur une forte saillie en dehors et en avant du cou ; la physionomie pâle et grippée de la malade, les mouvemens convulsifs qui commençaient à se manifester, et par-dessus tout, la crainte que nous avions de voir expirer la malade, toutes ces considérations me décidèrent à brusquer la fin de cette opération aventureuse. L'état normal des parties était tellement changé par l'effet de la compression progressive que la tumeur avait exercé dans tous les sens, et les contractions du cœur étaient si faibles, qu'il me fut impossible, ainsi qu'à mes collègues, de reconnaître la position de l'artère carotide.

Convaincu de l'inutilité de nos recherches et du danger qu'il y aurait eu à les prolonger plus long-temps, bien persuadé d'ailleurs que dans le cas, où l'artère se trouverait au centre de la masse glandulaire qui formait la base de la tumeur, il serait impossible, pour la dégager, de procéder à la longue et minutieuse dissection qu'il faudrait faire, au milieu des tissus altérés et très-probablement adhérens à l'artère elle-même, je me hâtai, vu l'imminence du danger, de détacher la tumeur jusque vis-à-vis le bord de la clavicule, et n'ayant reconnu aucune pulsation dans la portion qui restait encore à inciser, je ne balançai pas, vu l'état syncopal de la malade, à donner un dernier coup de bistouri, au risque de diviser l'artère carotide, la veine jugulaire interne et la huitième paire de nerfs, ce qui arriva ainsi que je l'avais appréhendé.

Aussitôt le sang jaillit avec force et en bouillonnant, au point que la malade et moi en fûmes inondés de la tête aux pieds ; celui qui s'échappait de l'artère carotide était rouge, écumeux, et sortait par saccades sybillantes, tandis que celui que fournissait la jugulaire interne était d'une couleur foncée, et coulait en nappe très-étendue. Jeter le bistouri, saisir le bout cardiaque de l'artère, le faire lier par M. le docteur Guirand, qui avait eu la prévoyance de tenir la ligature en main durant toute l'opération, fut le résultat d'une simultanéité d'action presque aussi rapide que la pensée ; l'extrémité céphalique de l'artère et les deux points de la veine jugulaire fournissant abondamment du sang, furent également liés le plus promptement possible.

Quant aux désordres produits par la section du nerf de la huitième paire, ils furent aussi très-alarmans. Il se manifesta une oppression suffocante et une suspension presque complète de la respiration du poumon gauche ; néanmoins, cet orage ne fut pas de longue durée, et la malade reprit peu à peu l'usage de ses sens, tout en conservant le sentiment d'une pression très-incommode dans la région cardiaque.

La partie supérieure de la tumeur étant la seule qui adhérait encore au fond de la plaie, je me disposais à procéder à sa dissection et à la ligature des artères carotide, interne et externe, lorsque la malade tomba dans un état complet de syncope. La grande quantité de sang qu'elle avait perdu me fit craindre pour les résultats immédiats, si l'opération n'était promptement terminée. J'incisai donc le pédicule supérieur de la tumeur, et, saisissant aussitôt les orifices supérieurs des deux carotides, la ligature en fut pratiquée. Quelques coups de bistouri, dirigés en arrière de l'angle du maxillaire inférieur, suffirent pour détacher complètement la tumeur (1).

Je pus alors juger de l'énormité de la plaie, qui avait nécessité l'extirpation de toute la partie malade. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, maintenu en arrière et en dehors, l'omoplat hyoïdien en bas, le sterno hyoïdien recouvrant la trachée artère et le larynx, en haut l'extrémité postérieure du digastrique et autres petits muscles, en arrière et au fond les muscles scalènes, etc., paraissaient offrir, par leur ensemble, une préparation anatomique de la région cervicale profonde.

Après avoir pratiqué la ligature de quelques artérioles, qui donnaient encore du sang, j'épongeai avec soin le fond de la plaie, et j'en rapprochai les deux bords, en pratiquant douze points de suture entrecoupée, soutenus par un nombre égal de bandelettes agglutinatives : de telle sorte, qu'après avoir opéré un rapprochement exact des deux lèvres de la plaie, elle présenta alors une ligne qui s'étendait depuis le lobule de l'oreille jusqu'à la clavicule. Les fils des ligatures, qui étaient au nombre de seize ou dix-sept, furent placés dans l'angle inférieur de la plaie, et coupés au niveau de la peau, afin qu'ils fussent moins exposés à être tiraillés à l'époque des premiers pansemens. Un large plumaceau de charpie, une grande compresse et une longue bande suffirent pour compléter le pansement.

L'opérée fut aussitôt transportée dans son lit, où l'état de syncope ne tarda pas à se dissiper, par le seul effet de la position horizontale où je la plaçai. Toutefois, mon anxiété était extrême de savoir quels seraient les graves désordres qui se déclareraient lors du rétablissement de la réaction circulatoire. En effet, à peine la malade eût-elle avalé quelques cuillerées d'une potion *cordiale anti-spasmodique*, que le sang commença à suinter au travers de l'appareil, et me laissa craindre une hémorrhagie consécutive, qui, dans l'état de faiblesse extrême où se trouvait madame G***, n'aurait pas tardé à devenir mortelle.

Le suintement sanguin augmentant progressivement au fur et à mesure que le pouls reprenait de l'énergie, de l'avis de mes confrères, l'appareil fut enlevé, les points

(1) Je préférai procéder de la sorte plutôt que de lier ces artères avant leur incision, par le seul motif du grave danger qu'il y avait à prolonger l'opération ; ce qui aurait eu lieu, si j'avais disséqué ces deux vaisseaux pour en faire la ligature au préalable.

de suture du milieu incisés, et des tampons de charpie, chargés de poudre de colophane, placés dans le fonds de la plaie, dont les parois externes, ainsi que les bords, furent recouverts et comprimés dans toute leur étendue par le moyen de grandes plaques d'agaric. Cette disposition suffit pour arrêter l'hémorrhagie, qui fut peu de temps après remplacée par l'écoulement d'une sérosité rougeâtre.

La journée du 5 fut assez tranquille; mais à l'entrée de la nuit, il se manifesta des mouvemens spasmodiques, qui nécessitèrent l'emploi d'une demi-potion calmante, composée de trois onces d'eau distillée de tilleul, trois gros de sirop de karabé, et de quinze gouttes de la liqueur minérale anodine nitreuse. La nuit fut calme, quoique la malade ne pût dormir, à cause de l'oppression qu'elle éprouvait, aussitôt qu'elle commençait à s'assoupir. Il se déclara de la soif avec sécheresse de la langue et fréquence du pouls. — Prescription d'eau douce gommée.

Le 6, l'état nerveux avait entièrement cessé, et l'opérée put me témoigner, par signes, le bonheur qu'elle éprouvait d'être débarrassée de sa tumeur. La soif augmentant, continuation de l'eau gommée et acidulée avec quelques gouttes de jus de citron. Dans le courant de l'après-midi, la malade demande à voix basse, mais d'une manière très-intelligible, qu'on lui donne des tranches d'orange à sucer; ce qui lui fut accordé.

Le 7, l'odeur que répandait l'appareil était devenue si incommode, que la malade désira en être débarrassée. Voulant la satisfaire sans compromettre les nombreuses ligatures qui étaient *amalgamées* entre elles, et entremêlées avec les plumaceaux de charpie placés au fond de la plaie, je me bornai à renouveler la bande, la compresse et le plumaceau extérieur, qui était imbibé d'un pus sanguinolent. Je me gardai bien d'imprimer le moindre mouvement aux lèvres de la plaie, qui étaient soutenues en haut et en bas par les points de suture, et maintenues rapprochées au milieu par les bandelettes agglutinatives.

La malade fut soulagée par ce premier pansement, et demanda immédiatement après une tasse de bouillon, qui lui fut accordée. — Prescription d'une boisson tempérante, préparée avec de l'eau et du sirop de groseille.

Le 8, renouvellement de la partie extérieure de l'appareil, qui était pénétrée d'une abondante suppuration: extraction de quelques plumaceaux intérieurs, ce qui soulagea considérablement la malade. — Continuation du bouillon et de la boisson tempérante.

Le 9, enlèvement complet de toute la charpie qui restait encore au fond de la plaie; lavages à l'eau tiède; incision de tous les points de suture, qui furent remplacés par des bandelettes agglutinatives. Dès cet instant, l'amélioration se manifesta d'une manière très-rapide. La fièvre cessa presque complètement; le sommeil devint paisible; l'appétit se prononça; la tête fut plus libre. — Prescription d'une semoule pour le matin, et une tasse de bouillon pour le soir. Même boisson.

Le 10, 11, 12, la suppuration fut très-abondante, elle s'écoulait avec facilité le long des fils des ligatures, que j'eus soin de ne pas ébranler, dans la crainte de les détacher et de donner lieu à une hémorrhagie. — Soupe de riz soir et matin; orangeade pour boisson du jour, eau gommée pour la nuit.

Le 13, la cicatrisation s'établissait d'une manière remarquable à l'angle supérieur de la plaie : des bourgeons charnus se dessinaient à la face externe et sur les bords du sterno-cléido-mastoïdien; la plaie intérieure était moins profonde, et le lavage en était moins douloureux; chute de quelques ligatures peu importantes. — Même régime et même boisson.

Le 14, 15, 16, amélioration progressive de l'état général de la malade, et cicatrisation rapide, surtout vers la partie supérieure. — Chute de presque toutes les ligatures; trois soupes, pain et confiture; tisane vineuse. La malade demanda à se lever, mais je ne lui permis que de changer de lit, et bien m'en prit, car à peine avait-elle posé les pieds sur le parquet, qu'elle éprouva des vertiges et un malaise général, qui l'obligèrent à l'instant même à se recoucher. Le soir de ce même jour, il y eut un peu de fièvre, mais qui fut de courte durée.

Le 17, la plaie continua néanmoins à marcher rapidement vers la guérison, les forces de la malade revinrent d'une manière remarquable. Les dernières ligatures furent entraînées par la suppuration. — L'appétit devenant insupportable, je permis un peu de volaille, quelques cuillerées de bon vin vieux et l'usage d'un petit sorbet.

Le 18 et les jours suivans, la cicatrisation de la plaie marcha sans entrave et d'une manière très-rapide jusque vers la fin du mois, époque à laquelle madame G*** put être transportée à un autre logement, situé fort loin de celui qu'elle occupait.

Enfin, vers le milieu du mois de juin, la guérison fut complète, à cela près que le cou avait conservé une raideur considérable, qui, avec le temps et la patience, finit par céder entièrement. Le son de voix redevint normal; les vertiges ne se reproduisirent plus; la santé s'améliora progressivement, et de cette énorme tumeur, qui avait nécessité une si grave opération, il ne resta qu'une cicatrice linéaire, d'abord rougeâtre, qui peu à peu devint blanche : elle parcourait le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Quelques mois plus tard, madame G*** contracta, par suite d'imprudence, des fièvres intermittentes, qui furent d'une nature très-alarmante; mais comme elles étaient tout-à-fait étrangères aux suites de l'opération, je n'ai point ici à m'en occuper.

Durant les années suivantes, j'ai eu occasion de revoir mon opérée, qui m'a toujours assuré qu'elle n'avait jamais joui d'une aussi bonne santé.

Anatomie pathologique de la tumeur.

Une dissection attentive de cette tumeur, que j'ai conservée dans l'alcool, et qui a été examinée par un grand nombre de praticiens, et entre autres, par M. Chrestien, de Montpellier, et par M. le professeur Lallemand, m'a offert la disposition suivante : kiste rempli de sérosité, et surmontant une agglomération considérable de

ganglions indurés, au centre desquels se trouvaient enfermés et intimement adhérens, les deux tiers supérieurs de l'artère carotide primitive, quelques lignes des artères carotides externe et interne, ainsi que la portion correspondante de la veine jugulaire et de la huitième paire de nerfs.

CONCLUSION.

Les faits que possède la science sont si nombreux, qu'il serait difficile d'en rapporter qui eussent l'attrait de la nouveauté; et lors même que cet intérêt si puissant alimenterait la curiosité du lecteur, il n'en est pas moins vrai que ces observations, toutes rares qu'elles sont, ne sauraient contribuer aux progrès de la science, tant qu'elles ne se rattachent pas à des propositions fondamentales, ou qu'elles n'en établissent pas de meilleures.

Dans l'opération que je viens de rapporter, il ne s'agissait pas seulement de démontrer que l'on peut attaquer hardiment les tumeurs ganglionaires et autres, situées dans les parties les plus profondes du cou (car, pour ce qui me concerne, l'expérience de trois opérations de cette nature, dans lesquelles que j'ai réussies dans les circonstances les plus défavorables, me permettent d'établir ce principe, comme de la dernière évidence), mais, ce qu'il était important de faire ressortir dans cette observation, c'est que l'on a eu tort de tant exagérer les dangers que présentent les lésions de l'artère carotide primitive, de la veine jugulaire profonde et de la huitième paire de nerfs; j'en ai fait ici l'*excision* dans l'étendue de six pouces environ, et les désordres qui sont survenus, non-seulement n'ont pas été mortels, mais encore la malade a guéri sans de graves accidens, et plus promptement que les deux autres où j'avais pu respecter ces organes si importans. Toutefois, je n'en conclus pas qu'il est inutile de prendre en grande considération la nécessité où l'on peut se trouver de léser ce redoutable faisceau de vaisseaux et de nerfs; mais encore une fois, je cherche à prouver que sa ligature, son incision et son excision même, prolongée dans une étendue plus ou moins considérable, ne constituent pas, comme l'avaient établi un grand nombre d'auteurs, des accidens essentiellement mortels (1).

Faudrait-il, dans une semblable occurrence, ainsi que l'a fait Goodlad (2), commencer l'opération par la ligature de l'artère carotide? Établir cette nécessité en principe me paraît d'un rigorisme outré, parce que dans la plupart des cas, ainsi que l'expérience me l'a démontré, l'artère étant seulement *refoulée*, on peut, en procédant à sa dissection avec beaucoup de ménagemens, éviter sa lésion ainsi que celle de la veine et du nerf qui l'accompagnent.

Mais si, par contraire, l'agglomération d'un grand nombre de glandes indurées, emprisonnait le faisceau artériel, veineux et nerveux, de telle sorte qu'il fût adhérent au centre et dans une longue étendue de la tumeur, mieux vaudrait, *s'il était possible d'en acquérir la certitude avant l'opération*, ne procéder à l'extirpation de la tumeur qu'après avoir pratiqué la ligature de l'artère (1).

Le résultat de mes travaux sur ce point important de l'art opératoire, me conduit à proposer les modifications suivantes aux règles générales établies pour l'extirpation des graves tumeurs occupant les parties profondes du cou.

1° Pratiquer de prime-abord la ligature de l'artère carotide lorsqu'il s'agit d'enlever un squirrhe cancéreux qui embrasse une grande étendue de ce vaisseau, dont les parois peuvent alors être plus ou moins altérées. Cette ligature préliminaire me paraîtrait également nécessaire s'il était question d'une grosse tumeur ganglionaire, qui, semblable à celle de madame Guirand, enlacerait l'artère carotide primitive, l'externe, l'interne, et nécessiterait une longue et minutieuse dissection, qui exposerait l'opéré à de plus graves dangers que ceux qu'on voudrait éviter. Toutefois faudrait-il encore, pour qu'il fût possible de faire cette ligature, que la base de la tumeur ne s'étendît point, ainsi que cela avait lieu dans l'opération que j'ai rapportée, jusque vers la partie postérieure et profonde de la clavicule.

2° Dans le cas où l'artère carotide, la veine jugulaire et la huitième paire de nerfs, ne feraient qu'adhérer à la tumeur, et lors même qu'occupant son centre, leur dissection serait possible sans compromettre la vie du malade, il faudrait tenter de les dégager; à plus forte raison faudrait il se dispenser de pratiquer la ligature de l'artère carotide, quelle que fût l'énormité de la tumeur à extirper, si le faisceau vasculaire ci-dessus indiqué n'était que refoulé, aplati vers les apophyses transverses des vertèbres.

Des dissections multipliées m'ont prouvé que dans la plupart des cas de tumeurs ganglionaires ou autres,

---

(1) J'ai pratiqué sur des chiens la ligature et l'excision de plusieurs pouces du faisceau formé par l'artère carotide, la huitième paire et la veine jugulaire, constamment ces animaux ont survécu, après avoir éprouvé instantanément les désordres d'innervation, la gêne respiratoire et circulatoire, dont j'ai parlé à l'occasion de madame Guirand. Mais ayant voulu tenter la section simultanée des deux nerfs pneumo-gastrique sur le même chien, la mort suivit immédiatement l'opération.

(2) Voir l'article Carotide du *Dict. abrég. des scienc. méd.*, tom. 3, pag 402.

(1) Je ne pouvais agir de la sorte dans l'opération que je viens de rapporter, d'abord parce que l'excessif développement de la tumeur ne me permit pas de reconnaître les battemens de l'artère carotide, et secondement parce que l'extrémité inférieure de la tumeur plongeant en arrière de la clavicule, je ne pus juger *à priori* de la disposition des parties. Quant à l'isolement de l'artère et sa ligature, avant d'opérer sa section, cela m'était impossible, non-seulement à cause des motifs que je viens d'énumérer, mais surtout à cause de la dissection plus ou moins longue qu'il aurait fallu faire, ce qui, dans les circonstances où je me trouvais, aurait été inévitablement mortel.

occupant le côté du cou, l'artère carotide est presque toujours abritée par une couche épaissie de tissu cellulaire qui facilite la dissection de la tumeur, qu'on peut par conséquent extirper sans léser ce vaisseau ni la huitième paire de nerfs; l'important consiste à procéder avec beaucoup de circonspection à la dissection de la partie profonde de la tumeur.

C'est par suite de cette observation, et à l'aide de semblables ménagemens, que j'ai pu extirper (sans trop de difficultés et sans m'exposer à léser l'artère carotide, ni la veine et le nerf qui l'accompagnent) un squirrhe énorme sur un nommé Chioussa, de St-Cannat (1). J'ai obtenu le même résultat en 1826 sur un nommé Pellegrin, qui était affecté d'une grosse tumeur cancéreuse au côté gauche du cou.

Apparition de l'homoeopathie, en Égypte.

Article communiqué par Clot-bey, *médecin en chef des armées du vice-roi d'Égypte.*

Parmi les nombreuses tracasseries contre lesquelles j'ai eu à lutter, durant mon séjour en Orient, il en est une que je ne dois pas taire.

L'Égypte jouissait depuis quelques années de l'avantage de posséder un assez grand nombre de médecins européens, appelés par la philantropie du prince qui la gouverne; les bienfaits de cet art conservateur se répandaient avec sollicitude sur le peuple et sur l'armée, et l'école naissante d'Abou-Zabel, élevée sous les auspices d'une doctrine qui triomphe partout des tentatives du charlatanisme et du prestige des opinions empiriques, si dangereuses surtout pour un peuple neuf et ami du merveilleux; une école nouvelle, dis-je, préparait une génération de médecins, destinés à faire revivre et à propager cette science en Orient, lorsque, au milieu de cet élan salutaire, vint se montrer un apôtre de la doctrine homœopathique.

Ce personnage était un médecin allemand, qui chercha à séduire le gouvernement égyptien par les spécieux avantages de son système d'économie médicale, lui proposant, en outre, d'emmener avec lui une trentaine de jeunes Arabes de notre École, pour les instruire dans son art, moyennant la somme de 20 ou 30,000 *talaris*.

Il parvint d'abord à inspirer une certaine confiance; toutefois, ses vues semblaient craindre le jour; il tenait ses projets cachés, et couvrait ses démarches d'un voile mystérieux. Le Conseil de Santé, seul chargé du service médical civil et militaire, ignora long-temps toutes les manœuvres de ce docteur, qui réussit ainsi à obtenir l'autorisation de faire des expériences d'après son système, dans l'hôpital militaire du Caire; il choisit 9 ophthalmies sur 40, avec la précaution de ne se charger que de ceux chez qui cette maladie avait déjà parcouru la période d'acuité et offrait un caractère peu grave et sans complication; il choisit encore, avec les mêmes précautions, quelques dysentériques qu'il réunit aux précédens, dans un appartement séparé, où il soumit tous ces malades à une stricte surveillance.

Cependant le Conseil de Santé crut devoir intervenir. Il voulut être témoin des résultats de ces expériences; et après s'être convaincu que, malgré les circonstances les plus favorables, ils n'offraient rien d'avantageux; que d'ailleurs, à la marche naturelle et progressive de la science, ce système opposait l'obstacle des dogmes absolus de l'empirisme, il déclara dans un rapport que ces expériences n'avaient nullement répondu aux séduisantes promesses de M. B..., et à ce sujet, il lui présenta les observations suivantes:

1° Qu'il avait traité un trop petit nombre de malades, pour qu'on en pût rien conclure en faveur de sa méthode;

2° Que sur 9 individus attaqués d'ophthalmie, 3 n'étaient point encore guéris, après un certain laps de temps assez long;

3° Que ces divers malades avaient été choisis par lui sur un nombre de 40;

4° Que des deux individus affectés de dysenterie, un seul avait été guéri, et qu'aucun de ces deux malades ne présentait des symptômes graves lorsqu'il les soumit à son traitement;

5° Que ces divers malades, attaqués de dysenterie ou d'ophthalmie, avaient été soumis dans les premiers jours de leur entrée à l'hôpital à un traitement antiphlogistique qui avait calmé les symptômes les plus graves;

6° Que les guérisons obtenues n'étaient dues qu'aux moyens hygiéniques, généralement adoptés, qu'il avait employés, tels que le régime diététique, la privation de la lumière, et nullement aux fractions infinitésimales de ses médicamens.

Le Conseil de santé ne crut pas devoir prolonger cette discussion, l'homœopathie ayant été suffisamment réfutée par les Sprengel, les Panvini, les Ronchi, les Rolland, etc., etc.

Il est réservé à l'auteur de l'*Examen des doctrines médicales*, de fixer définitivement l'opinion publique sur un système si peu favorable à la tendance progressive des sciences médicales en Europe.

Enfin, les nombreux revers qui advinrent au docteur homœopathe, en ville et auprès des personnages remarquables, eurent bientôt et complétement discrédité son système dans l'opinion du vulgaire, comme il l'était déjà dans celle des médecins, ce qui le força d'abandonner l'Égypte.

---

(1) Je pratiquai cette opération en mai 1824. M. Vigaroux, professeur de l'école de Montpellier, ayant eu occasion de voir la profondeur de la plaie que j'avais été obligé de faire, eut peine à comprendre comment l'artère carotide, la veine jugulaire interne, la huitième paire de nerfs, n'avaient point été lésés.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

NOVEMBRE 1834.

RAPPORT

Fait à la réunion de la société homœopathique gallicane, le 15 septembre dernier; par le Dr P. Dufresne, *président.*

Messieurs,

Appelé pour la troisième fois à paraître dans cette réunion des amis de l'homœopathie, et pour la seconde à la présider, j'éprouve le besoin de vous exprimer ma satisfaction de la voir, après une année seulement de véritable existence, attirer de contrées diverses un aussi grand nombre de membres, de la voir réunie dans notre heureux petit coin de terre, où elle a pris naissance, et dont, j'espère, elle continuera un jour à accroître le lustre.

Porté par vos suffrages à l'honneur de figurer le premier parmi nous tous égaux, je viens satisfaire à l'un des devoirs qui me sont imposés, vous rendre compte de l'état de la Société et de celui de l'homœopathie dans les pays qu'elle embrasse.

Il y a quatre ans qu'à peine le nom de l'homœopathie était connu parmi nous; quelques journaux en avaient parlé, et presque tous l'avaient présentée comme une chimère sortie d'une imagination en délire. Comme toutes les idées qui sont hors de la direction commune, comme toutes celles qui tendent à sortir du cercle des conceptions spéculatives, pour se glisser dans la vie pratique, afin de changer le mouvement presque automatique sous l'influence duquel vivent la plupart des hommes, elle trouva peu de sympathies. Sans la connaître, sans examen, ceux qui l'abordaient, ceux à qui le hasard en présentait quelque chose, la repoussaient comme absurde, comme contraire à tout ce que les siècles et l'expérience avaient consacré et érigé en vérité. —Ceci n'est-il point arrivé à chacun de nous?

Un seul homme qui l'avait vue de près, qui l'avait vue réduite en pratique, à Naples, sa patrie de naissance, vint seul et le premier la présenter à la ville de Lyon et à la France, sa patrie d'adoption. M. le docteur Des Guidi, dont l'heureuse pratique affirme le tact et la sagacité, fit cette présentation avec succès, et il ne tarda pas à éveiller l'attention publique par ses nombreuses et brillantes cures.

Peu de temps après, au commencement de 1831, un heureux hasard me porta à l'étude de l'homœopathie. Après une série d'expériences faites sur des animaux dans le but de montrer comment s'opère la médication produite par les substances insolubles, lorsqu'on veut s'en rendre compte avec des idées d'absorption, je dus m'assurer si les médicamens préparés et administrés selon la méthode et les procédés de Hahnemann, produisent réellement sur l'économie animale les effets que leur assigne ce savant. Quelques expériences faites sur moi-même ne tardèrent pas à ébranler ma foi médicale; je dus abandonner les théories d'absorption pour ne plus voir dans les agens médicamenteux qu'une force dynamique agissant sur une autre force, la vie.

Ce fut alors que la renommée m'apprit l'existence du docteur Des Guidi. Je me mis en relation avec lui et j'abordai ouvertement une thérapeutique qu'un grand nombre d'essais et de tâtonnemens faits dans l'ombre, m'avait déjà rendu un peu familière.

Arrivèrent successivement les docteurs Gueyrard et Dessaix de Lyon, L. Dufresne, Peschier, Chuit et Panthin de Genève ou des environs, tous praticiens recommandables par leur probité et leur instruction, tous agissant de bonne foi, dans des vues de bien et de progrès pour la science médicale. Ainsi se forma le noyau des homœopathes français.

Un grand nombre d'autres praticiens préludaient dans l'ombre; mais j'ai nommé le petit nombre de ceux qui, dans le premier trimestre de 1832, s'étaient déclarés convertis.

Alors naquit la *Bibliothèque homœopathique*, journal dont l'esprit et la tendance vous sont connus, et à l'existence duquel contribue puissamment M. Adolphe Pictet, notre collaborateur, savant modeste autant que profond, et ami zélé de l'homœopathie.

Alors aussi parut au grand jour une opposition que dès le principe on voyait se développer graduellement. Deux camps se formèrent, et l'école allopathique, forte numériquement, retranchée derrière ses facultés et ses académies, appuyée sur l'antiquité de ses dogmes et de ses chaires vermoulues, ne jugea point l'homœopathie digne de fixer son attention. Il était plus facile de la condamner sans l'entendre que de l'examiner; elle se contenta d'une docte négation.

« L'homœopathie n'est rien, entendit-on crier de » toute part; ses agens ne sont que des puissances » idéales et chimériques. » Telle fut la force des argumens qu'on lui opposa d'abord, et l'anathème par lequel on a cru l'avoir anéantie.

L'homœopathie a survécu, elle a grandi parmi nous, elle a étendu ses racines dans toutes les parties du

monde civilisé, et ses progrès nous ont valu à tous l'honneur de l'ironie, du sarcasme, souvent même de l'injure.

En ceci rien ne doit étonner; les sommités scientifiques, comme les sommités sociales, résistent à tout ce qui peut les abaisser ou leur donner des égaux; c'est dans la nature des choses, c'est dans l'homme : mais ce qui est aussi dans la nature de l'homme, c'est que son esprit de curiosité et d'investigation ne recule devant aucun obstacle. Malgré tous les efforts du pouvoir, jamais une grande question politique, religieuse ou scientifique, n'est restée dans l'oubli et sans examen, jamais elle n'est tombée dans le néant faute de courage et de persévérance. Galilée, à genou par ordre de l'inquisition pour nier et abjurer la découverte du mouvement de la terre, s'écria : *e pure si muove !* La terre a tourné, la découverte a été admise par les savans et l'église obligée de s'en accommoder.

Cette grande leçon du passé ne s'applique-t-elle pas au présent? Ne voyons-nous pas, malgré les résistances de l'orgueil et de l'intérêt personnel, malgré les vexations, malgré les persécutions même exercées dans certains pays contre l'homœopathie, ne la voyons-nous pas s'étendre chez tous les peuples? Ne voyons-nous pas la vérité dont elle brille éclairer presque partout la pratique médicale? La vérité eut toujours un attrait irrésistible, et partout où elle montra son flambeau, partout elle trouva des gens empressés à la suivre; aujourd'hui comme au temps de Galilée, une grande vérité fera le tour du globe, elle sera admise par la généralité, et les opposans seront aussi obligés de s'en accommoder.

Vous tous, Messieurs et honorables confrères, qui avez aperçu la lueur des vérités de l'homœopathie, vous avez compris, je n'en doute point, que pour les atteindre toutes, ou au moins le plus grand nombre, il faut un travail soutenu, des études continuelles; mais aussi vous avez senti que, semblable aux corps durs qui ne s'usent que par leur propre poussière, l'homme ne grandit en science, comme en civilisation, que par le contact et le frottement avec ses semblables; vous avez vu que par vos efforts isolés, vous n'avanciez que peu, même avec beaucoup de peine; et la nécessité de créer une association, d'instituer des réunions périodiques où nous puissions nous communiquer nos observations, nous soumettre réciproquement nos doutes, s'est montrée à vous dans toute sa nudité.

C'est de cette nécessité que naquit notre Société, le 6 septembre 1832.

Elle ne fut d'abord qu'une petite réunion d'amis qui, en en jetant les bases, déclarèrent qu'elle embrasserait tous les pays où l'on parle la langue française, et qu'elle porterait le nom de *Société homœopathique gallicane.* Ils nommèrent une commission chargée de préparer un projet de règlement, et ils arrêtèrent qu'elle se réunirait l'année suivante à Lyon, sous la présidence de M. le docteur Des Guidi, que là elle se constituerait définitivement et arrêterait ses statuts.

L'année 1832 fut l'enfance de la société; elle ne produisit rien de notable. La commission chargée de préparer des règlemens remplit sa tâche; la *Bibliothèque homœopathique* fit connaître les vues des fondateurs, et nos amis de Lyon, dont le nombre s'était accru des docteurs Tournier, Chazal, Pictet, Bonnet, Laurencet, et d'un nombre considérable de laïques, protecteurs zélés de la science, firent les dispositions et les préparatifs nécessaires pour donner à la session de 1833 toute la solennité et le *decorum* convenable.

Les travaux de cette session mémorable vous sont connus; la *Bibliothèque homœopathique* en a rendu compte, et a publié la majeure partie des mémoires qui y furent lus. Plus de quarante personnes s'y trouvaient réunies, dont vingt-cinq au moins étaient des praticiens venus de pays et de départemens lointains. La plus franche cordialité animait chacun des membres, et tous se félicitaient des succès de leur Société et de l'homœopathie.

Les règlemens projetés par la commission de 1832 furent adoptés après discussion, et avec quelques légères modifications proposées par une commission de la Société. Ils furent immédiatement rendus exécutoires.

Mais les meilleures lois portent en elles le cachet de l'imperfection humaine, et leur mérite ne saurait être apprécié que par leur application. Les plus belles théories souvent pâlissent et disparaissent lorsqu'il s'agit de les convertir en pratique.

Tels ne sont point nos règlemens; cependant il en est quelques parties dont l'exécution n'est pas aussi facile qu'elle l'avait paru d'abord; il vous sera fait par le comité dirigeant une proposition tendante à les modifier.

Le comité créé pour diriger la Société pendant l'année 1834, se réunit à Lyon chez M. le président sortant, dès le lendemain de la session pour se constituer, communiquer ses vues au bureau administratif et délibérer sur tout ce qui pouvait intéresser la Société dans son avenir.

La forme des sceaux et des diplomes y fut discutée et arrêtée, et le bureau les a fait graver et confectionner, conformément à ce qui fut convenu.

La Société gallicane et la *Bibliothèque homœopathique* ne sont pas les seules conquêtes qu'ait faites la science pendant l'année 1832. Elle a vu paraître plusieurs ouvrages importans, et arriver dans ses rangs plusieurs savans et praticiens recommandables.

Parmi les productions, je placerai en première ligne la *Lettre aux médecins français sur l'homœopathie*, ouvrage dont les vues sages, le bon esprit et l'à-propos, feront toujours honneur à son véritable auteur; la traduction de l'*Organon* et celle de la *Doctrine des maladies chroniques*, par M. Jourdan; le même *Traité des maladies chroniques*, traduit et un peu abrégé par le docteur Bigel, et publié à Lyon par les soins de M. le docteur Des Guidi, qui a enrichi cette édition d'une instruction nécessaire au malade pour consulter le médecin et fort utile à celui-ci pour diriger le traitement.

Parmi les praticiens, je ferai d'abord remarquer le professeur Mabit, de Bordeaux, le seul, dans la partie

de la France qu'a infesté le choléra asiatique, qui ait eu la sagesse et le courage de se mettre au-dessus des préjugés de l'école et de faire l'application de la nouvelle thérapeutique au traitement de ce fléau dévastateur. Il publia à cet effet une notice que tout homme impartial lira avec fruit et intérêt.

M. Mabit, professeur à l'école secondaire de médecine de Bordeaux, médecin de l'hôpital Saint-André, l'un des premiers de France, étonné de ses propres succès, ne tarda pas à faire l'application de l'homœopathie à la totalité de son service; il le convertit en une véritable clinique selon la nouvelle école.

Les succès répondirent à son attente, et malgré le peu d'habitude qu'avait notre professeur de la nouvelle pratique, malgré les nombreux obstacles que lui offrait une maison où rien n'était disposé pour le seconder et faciliter son entreprise, il est arrivé à présenter des tableaux de mortalité moindres que ses confrères dans les autres services du même hôpital. Sa clinique, suivie de plusieurs médecins ses amis, et d'un nombre assez considérable d'élèves, est devenue un centre d'où rayonnent les vérités de la doctrine, au grand mécontentement de nos adversaires; qui, là comme ailleurs, ont attaqué M. Mabit en altérant la vérité des faits et même celle des chiffres.

Quoique sur un moins grand théâtre, le docteur Gastier, de Thoissey, ville du département de l'Ain, n'a pas travaillé d'une manière moins utile pour la science en introduisant l'homœopathie dans le petit hôpital dont il est chargé. Il le fit à peu près à la même époque que le docteur Mabit à Bordeaux, au milieu d'obstacles et de tracasseries qui auraient rebuté un homme ordinaire, mais devant lesquels n'ont jamais fléchi le zèle, la fermeté et la persévérance de notre honorable confrère.

Seul un matin dans les salles d'où on avait arraché les malades par la calomnie et des insinuations malveillantes, par l'affirmation que les prétendus remèdes qu'on leur administrait n'étaient que des poisons qui, tôt ou tard, devaient être funestes à ceux qui en prenaient, quoiqu'ils en parussent d'abord soulagés et même guéris, il ne se laissa point émouvoir; fort de sa conscience et de la vérité, il reprit, sans dévier, ses traitemens, lorsque les malades reparurent. — Sur 128 malades admis dans son hôpital, du 1er juillet 1832 au 30 septembre 1833 (15 mois), il a eu la satisfaction de n'en voir périr que 7, et pas un seul de maladie aiguë proprement dite. M. Gastier est auteur de plusieurs bons articles insérés dans la *Bibliothèque homœopathique.*

La capitale de la France ne restait point aussi étrangère qu'on aurait pu le croire au mouvement des départemens. L'homœopathie y avait pénétré dès le printemps de 1832. Le docteur Quin (1), médecin ordinaire de S. M. Léopold Ier, roi des Belges, membre de l'institut royal de Londres, de la Société de médecine d'Edimbourg, fit connaître le traitement homœopathique du choléra asiatique dans une excellente brochure qu'il y publia, et il montra quelle en était l'efficacité en en faisant l'application à quelques maladies. Mais ces exemples devaient rester sans imitateurs, et déjà ils avaient passé comme inaperçus, lorsque, quelques mois plus tard, le Dr. Pétroz, praticien estimable et savant, véritablement estimé de sa nombreuse clientelle, commença à y faire l'application de l'homœopathie au traitement des maladies. Il le fit avec succès; et fort de la confiance presqu'implicite que lui ont acquis le savoir, la probité et une pratique de plus de 25 ans, il a eu moins qu'un commençant à lutter contre les préjugés, contre l'influence des sarcasmes de l'envie, contre celle des plaisanteries de l'amour-propre blessé. Inattaquable sous tous les rapports, il fut charitablement taxé de folie.

Telle est la manière dont l'homœopathie a pénétré à Paris, où parut peu de temps après le Docteur Gueyrard qui quitta Lyon pour y transporter son domicile. Il contribua puissamment par son zèle, par son activité et par son savoir, à la propagation de la doctrine du vieillard de Cœthen, mais plus encore par plusieurs bons articles de thérapeutique qu'il publia dans la *Bibliothèque homœopathique*, et depuis par l'excellent ouvrage dont il a doté la science : *l'homœopathie envisagée sous le rapport théorique et pratique;* c'est le premier travail véritablement important qu'ait produit la France.

A côté des praticiens que je viens de signaler sont arrivés successivement les docteurs Davet et Croserio, dont les noms sont connus des lecteurs de la *Bibliothèque homœopathique*, et plusieurs qui avec les précédens organisèrent dans le courant de 1833 une société locale qui n'est qu'une section de la Société gallicane.

Mais il était à Paris un savant qui, dès 1832, préludait en homœopathie, qui l'étudiait à sa vraie source, en traduisant dans notre langue les œuvres du créateur de la science, M. Jourdan, que j'ai déjà nommé, membre de l'Académie royale de médecine. Il a complété cette année le service rendu aux homœopathes français par la traduction de l'*Organon* et des *Maladies chroniques*, en leur donnant la *Matière médicale pure* de Hahnemann, le *Mémorial du médecin homœopathiste* de Haas et les *Tables de Bœnninghausen.*

A chaque production, notre académicien a grandi; sa conviction est devenue plus forte et son zèle s'est accru. Son *Organon* est offert au public par l'éditeur, il n'y a pas une ligne, pas un mot du traducteur. Mais le *Traité des maladies chroniques* est présenté par M. Jourdan lui-même; il l'accompagne d'un avertissement dans lequel il fait l'éloge de la renommée et de la bonne foi de Hahnemann, et il invite tout homme de probité à ne point juger sa doctrine sans examen.

La *Matière médicale* est précédée d'une savante et belle préface qui montre l'homme convaincu, le vrai converti : ce n'est plus une simple invitation à l'examen qu'exprime le traducteur, c'est un véritable commandement qu'il donne : « C'est un devoir aujourd'hui, s'écrie-t-il, pour

(1) Le docteur Quin pratique maintenant à Londres, où il a obtenu les plus brillans succès. Il vient de publier sur la préparation des médicamens un ouvrage qui sera recherché par tous les praticiens.

» tout homme éclairé, d'examiner les prétentions d'une » nouvelle école devenue assez influente pour que plu- » sieurs gouvernemens aient cru devoir favoriser son » développement par des mesures législatives, et qui » paraît être appelée à soulever bientôt les plus hautes » questions, non-seulement scientifiques, mais même » morales et politiques. »

Une nouvelle traduction de l'*Organon* sur la cinquième édition et une autre production récente ont signalé récemment l'infatigable activité de notre confrère; il vient de créer les *Archives de la médecine homœopathique*, journal mensuel, destiné à faire époque dans la science, et qui réunit autour de son directeur la majeure partie des médecins de Paris qui s'occupent de la nouvelle doctrine. M. Jourdan est devenu un des pivots de la Société homœopathique parisienne.

Mais j'anticipe! Revenons.

Sur la fin de 1833 parurent à Paris deux nouveaux homœopathes, hommes d'esprit et animés d'un zèle ardent pour la propogation de la science, les docteurs Léon Simon et Curie; ils fondèrent le *Journal de la médecine homœopathique*, recueil rédigé dans un bon esprit et propre à rendre de grands services : ils ont fait partie de la Société parisienne. A leurs noms sont fréquemment liés ceux de MM. les docteurs Jænger et Jourdain, de Colmar, Kirschleger de Munster, et Croserio de Paris, qui tous ont fourni des articles qui attestent leurs vraies connaissances. Le docteur Jourdain a publié de plus un petit opuscule tendant à faire connaître l'homœopathie aux gens du monde.

Le nombre des médecins qui se livrent à l'étude de l'homœopathie va croissant à Paris d'une manière assez rapide, et parmi eux nous ferons remarquer les docteurs Foissac et Didier, à qui nous devons la traduction du *Précis des remèdes antipsoriques* de Bœnninghausen; le docteur Hoffmann, dont nous avons publié la profession de foi et diverses observations pratiques dans le dernier numéro de la *Bibliothèque homœopathique;* le docteur Roth, jeune Hongrois de grande instruction, qui a travaillé avec le docteur Petroz à la traduction du *Manuel des indications principales, pour le choix des médicamens homœopathiques*, par Jahr, ouvrage déjà annoncé par les journaux et que nous ne tarderons pas à posséder.

Mais la capitale n'est pas la seule ville de France où grandit et prospère l'homœopathie; Lyon a vu grossir dans son enceinte le nombre de ses partisans, sa population se former aux habitudes hygiéniques qu'elle prescrit, et les habiles praticiens qu'elle renferme travailler avec ardeur à son avancement et à sa propagation.

Le docteur Des Guidi, malgré son âge et sa nombreuse clientelle, a été l'éditeur du *Manuel diététique* qu'a publié le docteur Bigel.

Le docteur Dessaix a fourni à la *Bibliothèque homœopathique* plusieurs articles qui attestent l'étendue de ses connaissances et la puissance de son talent.

Le docteur Rapou, connu de l'allopathie par divers écrits, surtout par son *Traité sur l'emploi médical des bains et douches de vapeurs*, fut en expectative dès l'apparition de l'homœopathie, et lorsqu'elle se fit remarquer par des faits, il voulut la connaître. Mais en homme qui ne fait rien à demi, il fut droit à la source; il ne craignit pas, après 50 ans d'âge, 30 ans d'étude et de pratique médicale, de quitter patrie, clientelle nombreuse, amis, famille et tout ce qui peut attacher au sol, pour retourner sur les bancs de l'école. Il se rendit en Allemagne en septembre 1832, et il y passa près de neuf mois, tant auprès du fondateur de la doctrine que chez ses principaux disciples.

Parti avec le seul désir de voir et d'apprendre, il arriva sans prévention comme sans connaissance; il vit l'homœopathie dans toute sa nudité comme dans tout son éclat. Il était en condition voulue pour la juger; il la trouva digne de ses méditations, et il se remit à l'étude comme au premier âge.

Puisse un tel exemple trouver beaucoup d'imitateurs!

Nous devons au docteur Rapou, dès son retour, la publication de l'*Essai d'une thérapie homœopathique des fièvres intermittentes*, qu'il a traduit du docteur Bönninghausen avec M. de Bachmeteff, et le *Tableau des remèdes antipsoriques*, du même auteur. Ce dernier ouvrage est précédé d'un morceau de thérapeutique, *Considérations générales sur les remèdes homœopathiques*, qui atteste les connaissances solides que l'auteur a acquises dans son voyage.

Ces honorables praticiens, joints à ceux que nous avons déjà signalés comme pratiquant l'homœopathie, et à de nombreux amis et protecteurs de cette science, ont formé une société qui se réunit chaque semaine.

Grenoble mérite d'être signalé comme un autre centre d'où rayonnent les connaissances homœopathiques. Le docteur Crépu, professeur de botanique, non-seulement l'y pratique avec succès, mais il a entraîné, par ses conseils et ses exemples, plusieurs autres médecins, et il a autour de lui des élèves qu'il anime de son zèle et qu'il nourrit des principes de la science.

Il est encore une partie du Dauphiné où prospère la thérapeutique homœopathique; la Tour-du-Pin, où M. Reymond fils, quoique jeune encore, est parvenu à la faire adopter et aimer par de nombreux cliens. Ce succès est dû au zèle avec lequel il donne à ses malades ses soins éclairés et affectueux.

A Dijon, un homme estimable et de grand savoir, M. l'avocat Mouzin, s'est occupé d'homœopathie depuis 1832, et il a attiré dans cette ville un praticien zélé, actif et judicieux, M. Laville de Laplaigne, auteur d'une brochure (1) propre à faire connaître l'homœopathie aux médecins, et en donner une idée utile aux malades.

Les départemens du Doubs, de la Haute-Saône, des

(1) Elle est sous presse.

Haut et Bas-Rhin, possèdent aussi un nombre considérable de médecins qui font application de la thérapeutique homœopathique au traitement des maladies. Familiers pour le plus grand nombre avec la langue allemande, ils ont plus de facilité que les autres Français à suivre les travaux des premiers maîtres de l'art.

Je signalerai parmi eux le docteur Molin, médecin inspecteur des eaux thermales de Luxeuil, l'un des premiers qui aient pratiqué l'homœopathie dans ces contrées, et qui vient d'établir une maison de santé pour le traitement homœopathique des maladies chroniques; MM. Jænger, Jourdain, Kirschleger, dont j'ai déjà eu occasion de parler; mais en nommant ces estimables confrères, je dois exprimer le regret de ne pas les voir parmi nous. Ils sont, dans ce moment même, au moins le plus grand nombre, réunis aux amis de l'homœopathie du grand-duché de Bade, et ils travaillent à Carlsruhe à leur instruction et à l'avancement de la science.

Le midi de la France qui a pu vous paraître jusqu'ici en dehors de la grande réforme qui s'opère dans la thérapeutique, est loin d'y être étranger. Nous avons eu la satisfaction de voir arriver, déjà l'année dernière, à Lyon, M. Yvan fils, de Digne, et d'entendre de lui un mémoire où perçait à chaque page le savoir, le zèle et l'ardeur provençale.

Le docteur Dezauche a présenté à la Faculté de médecine de Montpellier, comme complément de thèse inaugurale, un petit mémoire sur l'homœopathie; et dernièrement la *Bibliothèque homœopathique* a publié une lettre et des observations du docteur Gachassin, de Castres, qui attestent les progrès que fait la réforme en Languedoc.

Cet honorable praticien, secondé par son ami M. le docteur Astrié, a soulevé la question au congrès méridional de Toulouse; et il a été décidé à l'unanimité, dans la section des sciences médicales, *que le congrès serait prié de recommander d'une manière spéciale aux praticiens l'étude et la vérification de l'homœopathie, afin de fournir au congrès de* 1835 *des documens suffisans pour porter sur elle un jugement consciencieux et impartial.*

Je suis loin, bien loin, sans doute, d'avoir indiqué tout ce qu'est l'homœopathie en France, je n'en ai point la prétention, je n'en eus jamais la pensée. Dans cette belle contrée où tout est prompt, coup-d'œil, action, esprit, jugement, il n'est pas de ville, peut-être pas de bourg qui ne possède quelque praticien s'occupant de cette précieuse découverte, quelques amis disposés à la protéger, quelque famille reconnaissante, bénissant son immortel auteur.

En faut-il davantage pour assurer son succès?

Arrivons maintenant aux autres pays qu'embrasse la Société, la Savoie et la Suisse française! Nous trouvons à Chambéry le professeur Revel, homme judicieux, qui ne rebuta jamais sans examen ce qui parut de nouveau dans la science, et qui a toujours jugé digne de lui ce que des confrères, dont il n'a nul motif de suspecter la bonne foi, lui ont présenté comme propre à enrichir son art et à améliorer le sort de notre triste humanité. Ses talens, sa bonne réputation et sa qualité de professeur le mettent en position de rendre de grands services à la science.

A Annecy, le docteur Tessier fait des essais et travaille à se familiariser avec l'application toujours difficile de la nouvelle thérapeutique. Des études médicales bien faites, un vrai désir d'apprendre et de l'activité physique et morale, feront promptement de ce praticien un homme précieux pour son pays et utile à la science. J'en dirai autant de M Chatron, de Thone, qui arrive dans la carrière sous les meilleurs auspices.

Annecy peut encore dire sien M. le docteur Tessier, praticien recommandable par ses talens et fort estimé dans la ville de Turin, où il pratique la médecine d'une manière brillante, et où, malgré les préjugés et de nombreux obstacles qu'il n'est pas toujours possible de surmonter, il introduit la thérapeutique selon la nouvelle école.

En Faucigny, M. le docteur Louis Dufresne, que nous avons déjà vu figurer comme un des premiers convertis, applique exclusivement depuis plus de trois ans les principes de l'homœopathie aux traitemens de toutes les maladies, et il le fait avec un succès qu'attestent le nombre de ses malades et celui des belles guérisons qu'il a opérées. Une grande habitude d'observation acquise par de longues et minutieuses études d'objets d'histoire naturelle, lui a été d'un grand secours dans la pratique d'une science où l'appréciation exacte des phénomènes vitaux sera toujours le plus sûr, l'unique garant de réussite.

En Chablais, le docteur Charrière, praticien à Thonon, fût entraîné à des essais, il y a deux ans, par M. le docteur Dessaix; et depuis il a continué à faire de la nouvelle doctrine le sujet de ses méditations et de ses applications pratiques. Les observations qu'il a rapportées à la Société lémanienne montrent ce qu'on a à espérer d'un homme de tact qui aime le travail et qui s'y livre avec ardeur et bonne foi.

Chez nos voisins du canton de Vaud, le nombre des praticiens qui entre graduellement dans les voies de l'homœopathie est encore plus considérable; on y trouve, à Vevey, les Drs Guisan et Convers fils, qui, depuis plus de deux ans, font l'un et l'autre d'heureuses applications de la nouvelle thérapeutique aux traitemens des maladies. Praticiens experts et observateurs formés, ils ont tous les moyens de marcher à grands pas dans la voie nouvelle quoique encore difficile et hérissée de nombreuses aspérités.

Le docteur Buenzot, à Montreux, quoique plus jeune, n'a pas moins de facultés d'arriver, et ce que nous connaissons de lui est propre à en donner l'opinion la plus favorable. Nous en dirons autant des docteurs Dapaz, de Lausanne, et Begoz, d'Aubonne, qui portent à l'étude de l'homœopathie un esprit de doute sage, d'investigation consciencieuse; leur conviction est faite, ils vont chaque jour d'un pas plus assuré. En nous rapprochant de nos frontières, nous trouvons encore le docteur Muret, de Morges, qui en fait d'heureuses applica-

tions depuis environ deux ans ; il a publié une brochure tendant à la populariser autour de lui.

Il est encore un médecin homœopathe que peut revendiquer le canton de Vaud, M. le docteur Longchamp, d'Echalens, praticien à Fribourg. Cet honorable confrère, distingué par une grande expérience des hommes et des choses acquise dans ses longs voyages sur un autre hémisphère, par de vastes connaissances et une véritable habileté dans la pratique, plus distingué encore par une réputation justement méritée d'homme éminemment consciencieux, s'est voué exclusivement à l'étude de la doctrine du vieillard de Cœthen, dès qu'il en a eu apprécié le mérite et la supériorité ; et, depuis deux ans, envers et contre tous, au risque même de voir quelques-uns de ses malades l'abandonner, il en a fait une application exclusive à sa nombreuse pratique. La persévérance, la tenacité et une résistance invincible aux obstacles qui surviennent, peuvent seules, en homœopathie, comme dans tout ce qu'entreprend un homme, le faire distinguer et le rendre supérieur.

Les amis de l'homœopathie, à Genève, ont travaillé à ne pas rester en arrière de leurs voisins. La *Bibliothèque homœopathique* a continué de paraître, et ses rédacteurs ont fait des efforts pour répondre aux demandes nombreuses qui leur étaient adressées de publier un numéro chaque mois. Ils n'ont rien négligé pour la rendre instructive et propre à tenir les lecteurs au courant de la marche de la science, toute rapide qu'elle est.

M. le Dr Charles Peschier, doué d'un esprit actif et d'une grande facilité de travail, a puissamment contribué à cette œuvre par les nombreux articles qu'il a fournis et par les soins qu'il a apportés à la partie typographique de l'ouvrage ; mais ce n'est point là tout ce qu'a produit son infatigable activité ; dès son retour d'Allemagne, à la fin de 1832, où il s'était rendu dans le but de voir l'homœopathie mise en pratique par les maîtres les plus experts et les plus réputés, il a travaillé à la traduction de l'*Exposition systématique des effets pathogénétiques purs des remèdes*, par le Dr Weber, et déjà nous possédons trois livraisons (1) de cet ouvrage important, dont le but est de faciliter aux praticiens la recherche du médicament qui est le plus homœopathique à un état pathologique donné. M. Peschier satisfait de plus aux exigences d'une clientelle nombreuse.

M. Chuit a continué la pratique de l'homœopathie avec le tact et la solidité de jugement qui le raractérisent ; quelques observations publiées dans la *Bilbliothèque homœopathique* et le nombre croissant de ses malades attestent à la fois ses succès et l'excellence de la doctrine.

Le Dr Panthin, notre voisin, dont la *Bibliothèque homœopathique* a publié la profession de foi et de bonnes observations pratiques, marche toujours dans la bonne voie avec la prudence et la sagesse d'un homme probe et consciencieux ; il ne peut manquer de devenir un médecin précieux pour la contrée qu'il habite.

L'homœopathie compte de plus à Genève des amis nombreux et des amateurs distingués ; et parmi ces derniers je signalerai M. Adolphe Pictet, dont j'ai déjà en occasion de parler et dont les articles modestement signés X, dans la *Bibliothèque homœopathique*, attestent les talens et l'étendue du savoir ; et M. Charles Saladin, plus spécialement amateur des applications pratiques : il en possède déjà bon nombre qui prouvent la sagacité et les talens médicaux qui sont innés en lui. — L'art vétérinaire lui doit des observations curieuses et instructives.

C'est avec ces élémens que s'est formée la Société homœopathique lémanienne, association qui embrasse la Suisse française, la Savoie et la partie de la France qui nous avoisine. Elle se réunit tous les trois mois à Genève, et, quand elle le juge convenable au bien et à l'avancement de la science, elle transporte momentanément son siége dans l'une des villes quelconques qu'elle embrasse. Elle s'est constituée le 15 novembre dernier, et déjà quatre réunions ont montré les fruits qu'elle peut produire, les avantages que peuvent en retirer chacun des membres ; elle est totalement calquée sur la Société gallicane, dont elle ne s'envisage que comme une fraction, soit section, et ses membres ne reçoivent d'autre diplôme que celui que délivre celle-ci.

Si, comme les sociétés urbaines, elle ne présente pas les avantages des réunions fréquentes, des réunions hebdomadaires, bi-hebdomadaires, elle offre celui d'établir des rapports agréables, des relations utiles entre des confrères qui resteraient étrangers les uns aux autres sans ce précieux lien. Elle donne à ses membres la satisfaction de comparer les mœurs et les habitudes des diverses populations qui se rencontrent entre les Alpes et le Jura ; celle d'apprécier leur influence sur le moral et le physique de l'homme, sur le développement et le traitement des maladies ; elle les met à même de connaître, chaque trimestre, les maladies sporadiques, épidémiques ou épizootiques qui règnent dans ce pays varié et si diversement *accidenté*, ainsi que les remèdes qui auront présenté le plus d'homœopathicité à chacune d'elles.

La Société lémanienne est d'ailleurs loin d'exclure les sociétés urbaines qui pourraient se former dans les villes un peu considérables, comme Lausanne et Chambéry ; elle les verra, au contraire, avec plaisir, et elle recevra avec joie et satisfaction, chaque trimestre, les résultats de leurs travaux.

Telle est la Société lémanienne et telle est la forme et la nature des associations qu'il est désirable de voir s'établir en France, comme autant de sections de la Société gallicane ; chacune aurait son centre principal, ses statuts ou règlemens particuliers ; chacune ferait ses réceptions aux conditions qu'elle jugerait bonnes, et toutes recevraient pour tous leurs membres des di-

(1) La 4me vient de paraître.

plômes de la Société gallicane. Ainsi, chaque société serait chez elle un corps libre et indépendant, et toutes ne feraient qu'un seul et même corps dont le centre principal serait alternativement celui de chacune d'elles.

Ceci est facile : que les grandes villes de France, les chefs-lieux de cours d'appel ou de divisions militaires créent des Sociétés ; qu'elles en deviennent les centres principaux ; qu'elles soient pour ces Sociétés ce qu'est Genève pour la Société lémanienne, et tout est consommé !

Au moyen d'un tel réseau, les pays qu'embrasse la Société gallicane ne tarderont pas à être envahis, et tous les amis de l'homœopathie seront véritablement frères ; ils seront unis par un lien commun ; et si jamais ils sortent du rayon de leur société, ils trouveront immédiatement un nouveau centre de ralliement à la présentation seule de leur diplôme.

Avec une telle organisation, la Société gallicane peut rendre de grands services à la science ; sans elle il serait difficile de la tenir en action. Mais de plus, sans elle, elle ne saurait maintenant obtenir une existence légale en France. Une Société voyageuse qui n'a rien de fixe, ni siége, ni corps d'officiers qui la représente, ne peut se présenter convenablement, ni obtenir l'autorisation d'existence voulue par la loi ; mais il n'en sera point de même des Sociétés locales, chacune pourra solliciter et obtenir une existence positive, et chacune sera à son tour la Société gallicane.

C'est dans ce sens, Messieurs, et par ces motifs que votre comité dirigeant a cru nécessaire de vous présenter quelques changemens aux règlemens qui ont été arrêtés et rendus exécutoires l'année dernière à Lyon.

Avec ces changemens, la Société gallicane, menacée de mort dès sa naissance, trouve une nouvelle existence ; elle prend une nouvelle vie avec sa nouvelle forme et elle trouve une garantie de stabilité et de durée dans l'existence même des Sociétés locales, dans la nécessité indispensable dont elles sont à l'avancement de la science et aux intérêts bien entendus de ceux qui veulent la cultiver avec fruit.

Je viens Messieurs, d'esquisser le tableau de ce qu'est l'homœopathie parmi nous, de vous montrer comment a commencé notre jeune Société, comment elle a marché et ce qu'elle a pu faire pendant deux ans, qu'on ne peut envisager que comme son enfance, et qui de fait n'ont été qu'un temps de tâtonnement pour arriver au mode d'organisation le meilleur, le plus convenable aux intérêts de tous.

J'ose espérer que malgré les imperfections de mon travail, malgré des lacunes nombreuses, mais certainement bien involontaires, sur les personnes et sur les choses, vous aurez vu que la science pour l'avancement et la propagation de laquelle nous sommes réunis dans cette enceinte, a rapidement grandi parmi nous ; qu'il y a trois ans on comptait à peine trois personnes qui s'en occupassent et la pratiquassent exclusivement, et qu'aujourd'hui nous pourrions à peine nous compter ; qu'elle marche d'un pas ferme et assuré, sans concessions comme sans prétentions exagérées. Semblable à la vérité, elle ne craint ni l'examen, ni les investigations, moins encore le sarcasme et l'ironie. Elle réclame les premiers, elle les réclame des gens consciencieux et de bonne foi ; elle méprise les seconds, comme indignes de toute ame droite et honnête, lorsqu'il s'agit d'intérêts aussi grands que ceux de l'humanité tout entière, lorsqu'il s'agit du comment doit exercer son art celui qui a droit de vie et de mort sur ses semblables.

Vous aurez aperçu aussi que notre Société naissante, que nous sommes obligés de reprendre aujourd'hui en sous-œuvre pour réaffermir ses bases ébranlées par une législation peut-être bonne en elle-même, et que je suis loin de blâmer ; vous aurez aperçu, dis-je, qu'elle a besoin encore de soutien et d'appui ; qu'elle veut, pour arriver à tout son développement, du zèle, de la persévérance, du travail, et quelques sacrifices de la part de ses membres. Vous aurez compris tous, et vous l'avez fait, avant même d'arriver dans cette assemblée, que pour continuer notre marche progressive devant des opposans, j'ai presque dit des ennemis, qui sont en masses serrées et compactes, nous avons besoin aussi de serrer nos rangs ; de nous tenir unis par les liens de l'amitié, de la fraternité autant que par ceux de la science ; que les intérêts de celle-ci et de la grande cause pour laquelle nous plaidons, que les nôtres même veulent, commandent que nous soyons unis et partout frères, et que jamais de petits froissemens d'amour-propre ou autres puérilités ne l'emportent chez nous sur le sentiment du devoir.

Note sur le choléra, par le docteur Pétroz ; communiquée à la Société homœopathique gallicane, à Genève, le 16 septembre.

Le choléra n'a pas cessé de porter ses ravages dans différentes contrées de l'Europe, depuis son invasion ; il désole l'Espagne, l'Irlande, il vient de se déclarer en Suède, il a reparu à Londres : la France sera-t-elle garantie d'une seconde atteinte de ce fléau ?

On ne peut avoir oublié la cruelle incertitude dans laquelle furent jetés les médecins sur le choix qu'ils avaient à faire dans cette foule de moyens proposés, et dont l'emploi a eu des résultats plus qu'incertains ; on n'oubliera pas non plus l'influence qu'eut sur l'opinion publique cette marche si mal assurée et l'insuccès des tentatives faites.

Si le choléra nous menace, l'homœopathie doit, dans une telle occurrence, compter ses ressources, elles sont grandes, et les coordonner ; il ne faut pas qu'elle oublie que, dans cette cruelle maladie comme dans toutes les autres, les plans généraux sont peu applicables ; l'étude des individualités doit surtout fixer l'attention du médecin et assurer ses succès en décidant du choix des moyens les plus efficaces. Pour fortifier cette pensée, je vais vous rapporter quelques faits recueillis à la fin de 1832.

Mme ***, âgée de 45 ans, ayant passé loin de Paris tout le temps pendant lequel le choléra y causait ses plus grands ravages, ne connaissant cette maladie que de nom, en fut atteinte vers la fin d'octobre. Lorsque je la vis pour la première fois, les personnes qui l'entouraient ignoraient entièrement la nature de la maladie; leur sécurité et celle de la malade étaient proportionnées à cette ignorance, elle fut pour moi un grand sujet d'observation, comme on pourra s'en convaincre. Il y avait vingt-quatre heures que la malade avait commencé à souffrir d'une diarrhée d'abord bilieuse, mais bientôt de matières blanchâtres très-liquides précédées et accompagnées de coliques violentes; ces évacuations et les vomissemens se renouvelaient cinq, six fois par heure. Je trouvai la malade dans l'état suivant: visage plombé, bleuâtre, yeux caves, enfoncés; les paupières de couleur brune, à demi-ouvertes; les lèvres sèches; le nez froid, effilé; le ventre peu douloureux hors le moment des évacuations, sans douleur au toucher; le pouls lent, faible, presque imperceptible; les extrémités supérieures et inférieures d'un froid de glace; celles-ci torturées par des douleurs de crampes dont la malade se plaignait par son extrême agitation; sa voix était éteinte.

Nul sentiment de crainte n'occupait la malade; l'absence des douleurs corrosives dans l'estomac me fit recourir à l'usage de l'*ipécacuanha*, 3e dilution, quatre globules de deux en deux heures. A la fin de la journée, les vomissemens cessèrent, les évacuations alvines furent moins abondantes; le lendemain, les traits moins altérés, l'aphonie moins grande, les crampes avaient cessé; les doses d'*ipécacuanha* furent éloignées; au troisième jour, bouillon; convalescence.

Le succès d'un traitement aussi simple n'est certainement dû qu'à l'état moral de la malade. Dans les grandes épidémies, la crainte, la terreur se partagent, avec le mal réel, l'empire de la destruction.

Un jeune homme, d'une constitution lymphatique, irritable, après avoir été fatigué pendant deux jours d'une diarrhée qui, d'après le rapport qui m'en a été fait, n'avait aucun caractère extraordinaire, s'exposa, malgré toutes les recommandations qui lui avaient été faites, à l'action du froid, en se levant la nuit et marchant nu pied; quelques heures après, les évacuations devinrent plus fréquentes, très-liquides et blanchâtres, comme le lait de beurre. Je le vis dans la matinée suivante. Un médecin, qui avait été demandé, avait prescrit une potion dont l'excipient était l'eau de menthe, elle me parut contenir du laudanum. Le malade, après une première cuillerée, avait refusé d'en continuer l'usage, parce que les accidens avaient singulièrement augmenté depuis; au surplus, voici l'état dans lequel je trouvai le malade: visage d'un gris-bleu de cyanose, froid; yeux caves; paupières brunes; lèvres bleues; langue froide; aphonie presque entière; douleurs vives et de corrosion à l'estomac que les vomissemens propageaient jusqu'au pharynx; évacuations alvines rares, peu abondantes, mais suivies d'une anxiété mortelle que la terreur venait encore accroître. Dans ma pensée, je ne voyais rien qui représentât plus parfaitement ce cortége de symptômes que l'*arsenicum*, 30e; il fut donné; son effet fut rapide; les violentes douleurs de l'estomac et du rectum cessèrent; une heure après, le malade s'endormit pendant une heure. Dès ce moment, la scène changea, la confiance prit la place du désespoir, il n'y eut plus qu'un ou deux efforts de vomissement; la nuit suivante, une garderobe diarrhéique jaunâtre; le lendemain on put donner du bouillon au lieu d'eau pure ou sucrée que prenait le malade. La convalescence a été prompte; au bout de six jours, il ne restait que de la faiblesse dans les extrémités inférieures et un peu de douleur dans les muscles antérieurs des cuisses.

Mme de ***, d'une complexion maigre, irritable, fut accablée, pendant une nuit, par une angoisse qu'elle ne pouvait définir que de la manière suivante. Voici ses expressions: Trouble intérieur, surtout dans le ventre qui semblait annoncer une mort prochaine; tournoiement de tête avec embarras douloureux; pesanteur à l'estomac; crampe, chaleur jusqu'à la gorge; enfin, le matin qui suivit le trouble dont la malade parle, il y eut vomissement d'un liquide aqueux semblable à de l'eau d'amidon, mais en quantité si considérable qu'il est difficile d'expliquer comment il a pu être contenu; ce vomissement sembla avoir soulagé la malade; mais une heure après il se renouvela et l'anxiété devint extrême; c'est alors que je vis la malade. La couleur de la face était peu changée; les yeux étaient très-enfoncés, les traits contractés; la langue, que la malade sortait difficilement, était brune, froide; malaise continuel à l'estomac, comme envie de vomir, qui se changeait en une douleur violente avec oppression que le toucher n'augmentait pas; anxiété avec brûlure dans le bas-ventre; suppression absolue d'urine pendant vingt-quatre heures; la respiration était difficile; tiraillemens déchirans dans les membres, ou crampes mêlées de mouvemens convulsifs avec flexion contractive des orteils; l'extension des membres, leur alongement avec force, pouvaient seuls diminuer les horribles souffrances; je me souvins avoir rencontré quelque chose de semblable dans un cas d'empoisonnement par le seigle ergoté; j'y eus recours sans hésiter; j'eus le bonheur de voir bientôt cet assemblage de symptômes, que plus tard j'ai vu appartenir au *secale cornutum*, céder à cette substance, et ma malade, plus que sexagénaire, être rappelée à la vie et à la santé.

J'ai choisi ces trois observations, parce que, dans ma pensée, elles indiquent ce qu'est l'étude des individualités; et dans une maladie dont l'invasion, les progrès, la terminaison sont si rapprochées, il reste peu de temps à la réflexion; le souvenir d'un fait analogue à celui que l'on voit est un auxiliaire utile; l'expérience est la raison pratique; d'autres observations constateront les effets du *camphre*, du *cuivre*, du *veratrum*, mais, qu'on ne s'y trompe pas, il est bien rare d'arriver au début d'un choléra, et de pouvoir mettre en prati-

que ces conseils à marche régulière et compassée. Encore une fois, qu'on sacrifie les idées précoces à l'étude instantanée et exacte des individualités ; les symptômes sont la maladie, et ils naissent et se multiplient sous des influences qu'on ne peut prévoir, mais qu'il faut apprendre à l'instant même. PÉTROZ.

Observation faisant suite à la précédente, par le docteur CHUIT ; communiquée à la Société homœopathique gallicane, le 17 septembre.

M. le baron D., âgé de 65 ans, arrivé de Paris bien portant depuis huit jours, eut malaise et lassitude le 15 août; le soir quelques douleurs de colique et du gonflement ; la nuit mauvaise.

Le matin du 16, vomissemens, diarrhée, le pouls faible et un peu fréquent, beaucoup d'accablement, peu de douleurs. Je crus à la cholérine, je lui donnai *ac. phosph.* III. Le mal empira dans la journée ; à trois heures après midi, les vomissemens se succèdent, d'un liquide grisâtre ; les selles se répètent tous les quarts d'heure, tantôt jaunâtres, tantôt grisâtres fétides ; l'abdomen n'est pas très-douloureux au toucher, mais il est comprimé vers la colonne épinière ; il est chaud d'une chaleur presque normale; mais le reste du corps est froid, surtout les mains, les pieds, le nez, les oreilles qui sont comme d'un cadavre. La langue complètement froide me fit éprouver un saisissement involontaire, parce que ce symptôme ne s'était jamais offert à moi ; face hippocratique au plus haut degré: aphonie, presqu'impossibilité d'entendre quelques syllabes ; pouls imperceptible ; crampes presque continuelles aux orteils, très-douloureuses ; il semble que les orteils sont repliés au-dessous avec force et écartés les uns des autres ; crampes aux mollets, mais non pas continuelles, qui font pousser un cri au malade, d'ailleurs assez résigné, ne se doutant pas de la gravité de son mal. Les boissons sont rejetées à l'instant.

Je donnai *veratr.* deux globul. ; de l'eau à la glace par petites cuillerées ; à huit heures du soir les vomissemens ont cessé, les selles sont plus rares, les crampes sont peu fortes et éloignées, la chaleur est naturelle, excepté les mains et le nez qui restent froids. L'angoisse a plutôt augmenté ; cerveau embarrassé.

Le 17 au matin, le malade a dormi quatre heures, tous les symptômes ont cessé, la maladie est terminée.

Les journées du 17 et 18, faiblesse extrême, le malade peut à peine se remuer dans son lit.

Les jours suivans, tout s'améliore; le 23 il sort, fait une promenade ; le 25 il part pour Turin.

Je l'ai revu avant-hier, lundi, à son retour de Turin, par le Grand-S.-Bernard et Chamounix, plein de santé et de force. C'est ce jour-là seulement qu'il a su qu'il avait eu le choléra ; il ne l'a pas cru, du moins j'en ai jugé ainsi par son sourire. Dois-je le croire moi-même.

Allocution à la Société homœopathique gallicane, par M. ALB. CRÉPU, Docteur en médecine, professeur au jardin de botanique de Grenoble, conservateur du cabinet d'histoire naturelle de la même ville, etc.

Messieurs,

L'homœopathie est, dans son ensemble, une grande, une admirable vérité : voilà ce que pense aujourd'hui la majorité des hommes progressifs du département de l'Isère. Grâce à quelques cures remarquables de maladies chroniques désespérées, grâce à une multitude de guérisons rapides des maux aigus, accidentels ou épidémiques, cette méthode, jugée inattaquable dans les faits nouveaux qu'elle révèle, aussi bien que dans les principes qu'elle pose, peut, dès à présent, en Dauphiné, imposer silence aux rieurs indifférens, et répondre d'une manière victorieuse aux sarcasmes de tous ses détracteurs intéressés.

Cependant il ne fallait pas espérer que les médecins qui ont vieilli dans la vicieuse habitude de mélanger arbitrairement, d'un côté, les drogues qu'ils administrent, et de l'autre, les différens systèmes médicaux qu'ils appliquent simultanément, voulussent accepter l'homœopathie dans sa pureté native et dans sa simplicité logique, ou même voulussent la faire entrer dans leur pratique ordinaire, l'associant ainsi aux procédés hétérogènes de leurs médicamens complexes. — Cette nouvelle doctrine, exclusive dans ses principes, s'éloigne trop des idées antérieurement acquises, abandonne trop brusquement les routes nombreuses et sans issue de la médecine allopathique, pour qu'ils ne se soient pas crus autorisés à la traiter avec mépris, à la calomnier avec amertume. Ils ont entassé contre elle toutes les oppositions de fait, sans jamais oser l'attaquer par la discussion sérieuse et le raisonnement scientifique. On aurait cru que l'injuste et aveugle animosité qu'ils déployaient à cet égard se trouvait en rapport précis avec l'enthousiasme qu'excitait cette méthode parmi les diverses classes de la société, qui se livraient à elle en toute sécurité. Un d'eux, M. Eymard, servant sans doute aux autres de truchemant, a mis au jour, après cinq mois de voyages et de veilles laborieuses, une brochure dirigée contre l'homœopathie, ou plutôt contre les homœopathes. Enfant mort-né d'une intelligence maladive, ce pamphlet ridicule qui a pour titre : *Un mot sur la bêtise du siècle, ou du charlatanisme homœopathique*, s'est perdu spontanément dans une obscurité complète, et n'a pu par conséquent, jusqu'à ce jour, être soumis à votre investigation.

Quand même l'opinion publique n'aurait pas immédiatement répudié un pareil libelle, qui n'hésite pas à mettre au même niveau la *calligraphie*, *l'eau pour les punaises* et l'*homœopathie*, je comprenais trop bien la dignité scientifique à laquelle nous sommes élevés pour la commettre jamais avec un adversaire de cette taille et de cette habileté. Avoir refusé de répondre sérieusement à une attaque aussi faible et aussi niaise, c'est, j'en suis

sûr, être entré dans votre pensée tout entière, c'est avoir senti l'élévation du caractère de tous les hommes de la doctrine nouvelle.

A la vérité, quelques praticiens de l'ancienne école ont accueilli avec ardeur et professé consciencieusement les principes de Hahnemann; parce que sans doute, d'un côté, leur esprit judicieux, dans une longue pratique, leur avait fait pressentir, sinon formuler, les admirables lois de l'homœopathie; parce que, de l'autre, ils avaient été trop souvent contraints de déplorer, près du lit des malades, l'inanité de toutes ces théories creuses et boursouflées, qui brillent un moment, et se succèdent avec tant de rapidité dans les chaires médicales. Mais il appartient principalement aux élèves et aux jeunes médecins de pénétrer dans leurs voies thérapeutiques nouvelles, d'apprécier les bienfaits de la médecine réformée, et de moissonner avec gloire dans cet immense champ de l'avenir. Aussi les voit-on déjà, presque partout en France, dans cette époque vraiment organique pour les sciences, se dégager doucement des opinions imposées par leurs professeurs, et méditer en silence sur la solide théorie des *maladies chroniques*, aussi bien que sur la simplicité logique d'une médication directe, inoffensive quand elle ne guérit pas, et rapide dans son action curatrice quand elle frappe sur l'organe malade.

J'aurais désiré beaucoup, Messieurs, pouvoir vous présenter un travail un peu étendu sur quelque partie pratique de notre méthode, mais de trop nombreuses occupations m'en ont empêché; permettez-moi de vous parler seulement d'un cas de phthisie pulmonaire bien avéré, lentement guéri par les doses homœopathiques, sans addition aucune de procédés allopathiques, même de ceux conseillés par Hahnemann.

Mme Richard, âgée de 58 ans environ, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était alitée depuis deux ans, avec impossibilité de se livrer à la locomotion, soit par l'effet de la débilité des extrémités inférieures, soit surtout à cause de violentes douleurs tiraillantes dans la région épigastrique et ombilicale.

Elle était minée par une fièvre cachectique, ou à peu près telle, avec exaspération le soir. Son teint était blanc, mat, avec une coloration d'un rose vif seulement aux pommettes; elle éprouvait de fortes douleurs lancinantes à la partie inférieure droite du thorax, en avant vers la septième côte et en arrière vers l'épine de l'omoplate. Elle crachait tous les huit jours une quantité notable de sang tantôt rouillé, tantôt rose et vermeil. Elle toussait presque sans cesse avec expectoration jaune, épaisse, visqueuse et réellement purulente. Elle était livrée à de perpétuelles insomnies, et dans sa tête, toujours douloureuse, elle entendait des bourdonnemens et des tintemens insupportables.

MM. Br..., Nic..., Chan... et Bill..., médecins de Grenoble, l'avaient depuis long-temps condamnée, après avoir employé tour à tour les saignées, les purgations, les sédatifs, les vésicatoires et tous les emplastiques, et enfin en dernier lieu un cautère potentiel vers le point de la plus grande douleur et de la plus grande matité, c'est-à-dire, entre la sixième et la septième côte droite. M. Bill. était si persuadé que la mort était très-prochaine, qu'il affirma partout que la malade était perdue, disant qu'il préférait de beaucoup qu'elle mourût entre mes mains qu'entre les siennes.

Après *dulcamara* qui donna peu de bénéfice, j'administrai *tinct. sulf.* $\frac{1/2}{X}$ en substance, à dose infiniment faible et répétée tous les huit jours, jetant entre chacune une ou deux doses *aconitum* $\frac{1}{X}$ en substance, ou en olfaction. Au bout de quarante-huit jours, portée d'action des doses *tinct. sulf.* $\frac{1}{X}$, je donnai *acon, nux.*, puis *sepia* deux doses, entremêlées toujours d'*aconit.*, qui me semble devoir être prodigué dans ces affections; et quarante jours après, *sepia, nux vom.* et *ignatia*, toujours à doses plus petites que celles indiquées par Hahnemann lui-même. Aujourd'hui j'emploie des quantités encore plus minimes; car souvent il me suffit, en brisant un globule, d'en donner la dixième partie.

L'amélioration se faisant sentir toujours de plus en plus, je donnai deux doses *stann.*, puis *kali carbonicum* et le mieux se manifestant encore, j'enlevai le cautère. J'ai donné successivement, toujours avec *aconitum* maintes fois répété: *carb. veget.*, *stann.* —, *sulph.* —, *calc. carb.*, *sép.* —, *nux vom.*, *bellad.*, *china* —, *phosphorus et silicea....*

Elle est aujourd'hui bien portante.... Elle marche sans essoufflement, et conserve les jambes faibles sans douleurs. Elle ne tousse plus, ne crache plus... Elle jouit d'un embonpoint remarquable, dort très-bien et mange de tout. Elle éprouve seulement des vertiges qui, je pense, devront céder à des doses long-temps continuées. Les poumons sont cicatrisés et le retour de la phthisie n'aura certainement jamais lieu.

(*Note du réd.*) Cette observation mérite une attention sérieuse; elle offre deux faits remarquables, sans parler de l'intensité et de l'ancienneté du mal, savoir: l'extrême exiguité des doses qui démontre victorieusement l'homœopathicité des substances employées; puis la répétition fréquente d'*aconitum*, à laquelle j'attache beaucoup d'importance dans toutes les maladies où il y a fièvre plus ou moins continue; c'est par le bon emploi de ce remède qu'on viendra à bout de surmonter bon nombre de maladies graves où la chronicité est accompagnée de fébricité.

Il n'y a pas lieu d'être surpris de la variété des médicamens mis en usage; Hahnemann lui-même a déclaré que, dans les affections psoriques anciennes, on ne devait attendre la guérison que de l'emploi de la série presque entière des antipsoriques; or à ses yeux et aux nôtres, il n'y a point d'affection plus réellement psorique que les phthisies pulmonaires.

P.

SYMPTOMATOLOGIE.

—

Brucea antidysenterica.

Les expériences ont été faites et dirigées par la *Société d'épreuves* de Philadelphie : chaque personne a pris le remède à la 30e dynamisation, savoir : le premier jour *un* globule, et chaque jour *un* globule de plus, jusqu'à *cinq*. Les symptômes se sont manifestés très-promptement, dans les premières heures, et étaient souvent déjà calmés le soir ; la répétition des doses les faisait durer peu de jours encore. Quelques sujets ont éprouvé des retours huit jours et plus après la cessation du remède ; alors les symptômes n'étaient pas les mêmes que la première fois.

Tête. Point de vertige.

Pesanteur et embarras, avec somnolence tout le jour.

Fluctuation et fourmillement au vertex, sans douleur, le matin ; douleur au même lieu l'après dîner ; le soir, céphalalgie frontale, avec élancement.

Douleur tout le jour derrière les sourcils, avec sensation d'épaississement et d'enflure ; *idem* derrière la racine du nez.

Elancemens douloureux à la tempe droite, avec plénitude de tête.

Yeux. Prurit à l'angle interne des paupières, et rougeur aux deux angles, le soir.

Rougeur, et ardeur des yeux le matin ; rougeur au grand angle, le soir. — Sensation de sable.

Oreilles. Elancemens, tintement dans les oreilles.

Face. Des éruptions pourprées de la face sont augmentées, ainsi que des dartres furfuracées, avec prurit et desquammation.

Bouche. Douleurs passagères et déchirantes à toutes les dents et aux gencives, profondément, qui augmentent en buvant froid, et reparaissent après plusieurs semaines.— Accroissement d'un gonflement chronique des gencives.

Afflux de mucus dans la bouche, qui oblige à cracher sans cesse. — Sécheresse au gosier, avec douleur brûlante, comme après avoir mangé de la graisse rance.

Peu d'appétit ; faim sans envie de manger ; goût mauvais ; point de soif ; — effet des premières doses ; après les suivantes l'appétit reparaît.

Estomac. Renvois ; sensation d'une longue abstinence ; ardeur à l'épigastre, battemens sensibles surtout en touchant la région gastrique.

Après avoir bu du vin, céphalalgie et somnolence, qui augmentent après avoir mangé ; — pesanteur à l'estomac ; fermentation dans le ventre, avec disposition à la garderobe.

Après dîner, forts battemens de cœur, pendant une demi-heure.

Ventre. Douleur corripiante autour du nombril ; borborigme. Après la troisième dose, anorexie tout le jour ; le soir, malaise et douleur abdominale, suivie d'un vomissement facile des alimens, sans aigreur ou amertume ; dans la nuit, diarrhée, qui se répète toutes les deux heures, jusqu'à 9 heures du matin, avec abattement de forces ; le jour suivant malaise, mal de ventre et somnolence ; le troisième jour inappétence.

Douleurs dans le ventre, une heure après la première dose, et deux heures après, selle naturelle.

Grippement dans le ventre, trois heures après la troisième dose, puis selles exiguës, répétées, muqueuses, comme si elles contenaient des vers et du sang.

Les selles ont lieu sans douleur ; dès la première les cotiques cessent.

Selles nombreuses et copieuses, après la cinquième dose, naturelles et sans autre douleur que pesanteur de tête ; les jours suivans, les selles se succèdent chaque jour à un intervalle plus grand.

Huit jours après la cessation du remède, selle diarrhéique, suivie de prostration de forces qui oblige le sujet à se coucher. — Disposition à la diarrhée avec coliques flatulentes, diarrhée le matin et le soir.

Vents abondans ; — prurit aux hémorrhoïdes.

Urètre. Elancemens, ardeur dans l'urètre, quinze jours après.

Voies respiratoires. Coriza humide tous les matins ; — sept jours après la cessation, mal de ventre spasmodique, le soir, et quelques selles ; le lendemain, violent coriza, chatouillemens violens et continus, avec écoulement des yeux et du nez. Le rhume ne laisse de repos ni jour ni nuit, et empêche tout sommeil, pendant trente-six heures ; — *sensation de froid dans la tête.*

En respirant, sensation d'un poids dans toute la poitrine, surtout du côté droit. — Serrement de la poitrine, avec frisson désagréable, et douleur constante.

Au réveil, violente douleur externe de serrement et de brisure, au côté droit du thorax, avec tension en respirant profondément.

Douleur interne de blessure dans la poitrine, surtout la nuit au lit, plus forte si le sujet est couché sur le côté, moindre s'il repose sur le dos ; la respiration n'y influe pas.

Dos. Serrement dans le dos ; élancemens subits le soir.

Douleur de fatigue dans les reins et le sacrum.

Bras. Douleur spasmodique au dos de la main gauche, comme si les os étaient enfoncés, laquelle atteint ensuite la cuisse au-dessus du genou (le second jour).

La même douleur saute à l'omoplate (le troisième jour).

Déchiremens fréquens au pouce droit.

Ampoule sur le dos de la main qui passe promptement. Elle revient après quelques jours.

Eruption pourprée pruriteuse, élevée sur la main et au ventre.

Jambes. Sensation de paralysie dans la cuisse droite, le soir. — Fatigue dans les genoux.

Le pied gauche se porte si fortement en dehors, que le sujet marche presque sur les os ; plusieurs jours après la cessation.

Sensation brûlante dans les cors du pied droit.

Brisure des extrémités inférieures.

Elancemens pruriteux dans le gros orteil, le soir, étant couché.

Déchiremens dans les bras et dans les jambes, de temps en temps, tout le jour. — Saisissemens à diverses places des membres. — Roideur dans les articulations, le soir.

Dans la tête, les oreilles et la poitrine, élancemens; mais dans les membres, déchirement.

Abattement. — Disposition aux pandiculations. — Fatigue en marchant, et chancellement, quelquefois avec vertige.

Sensations générales. Frissonnement et antipathie du grand air. — Frissons et froid pendant plusieurs ours, quelquefois avec soif. — Quoique la marche produise de la sueur, frissons au moment du repos. — Le matin, en marchant, sueur abondante; puis lassitude et somnolence; la même chose a lieu le soir.

Sommeil. Somnolence continuelle, tout le jour, surtout dans le repos silencieux. — La somnolence, forte le matin, augmente après-dîner; — le sujet, succombant au sommeil, se couche et dort onze heures sans s'éveiller. — La somnolence et l'anorexie alternent.

Songes. Le sommeil de la nuit est agité par des songes, quelquefois amoureux, quelquefois très-vifs.

Etat mental. La vivacité se perd; le sujet devient silencieux, taciturne, triste, sombre. — Le matin, au réveil, mécontentement, trouble d'esprit.

Influence horaire. Plusieurs symptômes se développent au milieu du jour et diminuent le soir.

Antidote. Le café apaise les effets du remède.

Symptômes observés par l'action de la Brucine potentiée et employée à la 10e puissance.

1° Vertige simple.

2° Vertige avec éblouissement et trouble de la vue; le sujet croit tomber (4e jour).

3° Douleur de tête, surtout aux tempes.

4° Nausées avec sentiment de défaillance (4e jour).

5° Vomissemens à plusieurs reprises avec angoisse, forts malaises d'estomac et sueurs (4e jour).

6° Violentes douleurs crampoïdes dans le ventre, suivies d'une selle diarrhéique (4e jour).

7° Fréquentes et fortes érections la nuit.

8° Pollution nocturne sur un homme de 65 ans, qui n'en avait eu depuis plusieurs années.

9° Rêves lubriques.

10° Effroi, inquiétudes; le sujet se croit perdu.

Antidotes : *Nux vomica, coffea.*

Observations communiquées à la Société homœopathique gallicane, le 16 septembre 1834, par le Dr Gastier.

Présenter à une réunion de médecins exercés à la pratique de la médecine, d'après la doctrine homœopathique, des exemples de guérison obtenus par les moyens dont elle dispose et la méthode de traitement qu'elle enseigne, quelqu'étonnantes que pussent paraître ces cures, ce ne serait, en quelque sorte, que reproduire aux yeux de ces praticiens homœopathes, les faits journaliers de leur propre pratique. Mais il est des faits féconds par les conséquences qui s'y rattachent, ou remarquables par les sujets qui les ont offerts, et susceptibles ainsi d'imprimer, par la solution qu'ils donnent de certaines difficultés, une marche plus ferme et plus assurée à la pratique. Ces faits, sous ce rapport, offrent un intérêt plus réel et plus général. Tel est, je crois, le caractère de quelques-uns de ceux dont je vais aujourd'hui présenter le détail sommaire à la Société.

Première observation.

Une genisse qui portait autour des mamelles, au-dessus de la vulve et surtout autour du nombril, d'énormes verrues, étant du reste fort bien portante et d'une belle venue, mangeait depuis long-temps, sans en éprouver aucun amendement à l'état de ces végétations, des tiges vertes de *douce-amère*. Six gouttes de teinture homœopathique de ce végétal, 12r dilution, prises en deux matins consécutifs, ont suffi pour préparer et effectuer en partie, en moins d'une semaine, la chute de près de deux livres de ces végétations. Cette guérison était en quelque sorte consommée, lorsque je fis prendre au même animal, dans l'intention de le prémunir contre tout retour de la même affection, trois gouttes, dilution 30e, de *silice*.

Cette observation m'a encouragé a opposer le *muriate de soude* homœopathique à un grand nombre de petites dartres farineuses qui couvraient la face d'une jeune fille, qui faisait, dans son régime, un véritable *abus de la même substance à l'état salin;* et j'ai parfaitement réussi à la guérir de cette affection déjà ancienne, en un mois environ, au moyen de deux globules une fois donnés, $\frac{oo}{x}$.

Deuxième observation.

Un jeune chien, âgé de 4 mois et demi, de la race dite dogue anglais, était réduit par ce qu'on nomme trop généralement *leur maladie,* car celle-ci est loin de se présenter chez tous avec les mêmes symptômes, à l'état suivant : Depuis deux jours, il était couché sur le flanc droit, immobile, accablé et sans qu'il fut possible de l'en faire sortir; seulement, de loin en loin, il soulevait la tête pour boire quelques cuillers de lait dans un vase placé auprès de lui; de son nez découlait incessamment une mucosité fluide d'un jaune grisâtre et d'une horrible puanteur; son crâne était chaud; des secousses de toux et un reniflement très-fort donnaient lieu de temps en temps à la sortie plus abondante des mucosités nasales; ses yeux étaient ternes et légèrement chassieux; un bruit tantôt semblable à un grouillement, tantôt pareil aux borborigmes se faisait presque conti-

nuellement entendre de son ventre, qui en était agité d'un mouvement perpétuel, et où de loin en loin on observait des rétractions subites comme dans un mouvement de toux ou un effort de vomissement. Quand on voulait forcer le chien à se lever, il semblait que ses membres fussent roides; cependant, couché, il les reployait facilement, et les avait agités, ceux de devant surtout, d'un léger mouvement spasmodique en avant. Du reste, il était réduit à une maigreur touchant au dernier degré de marasme et à une si grande faiblesse, que, collé en quelque sorte aux planches de son chenil, il était indifférent à tout, hors aux tentatives qu'on faisait quelquefois pour l'en faire sortir. Il y avait environ dix-huit mois qu'un chien de chasse avait péri sous mes yeux dans un semblable état de marasme, auquel j'avais en vain opposé, à diverses reprises, la *nux* $\frac{00}{X}$. A celui-là, j'ai fait prendre une semblable dose, même dilution, de *stannum*, qui a donné lieu le même jour à l'aggravation du seul symptôme relatif à la sécrétion des mucosités nasales; et dès le lendemain, l'animal a pu sortir de son chenil. Au bout de quelques jours, il conservait encore un *reniflement sec* assez fort, assez persistant pour exiger une médication nouvelle; je lui opposai deux globules 30e de *belladone;* et la guérison, suivie d'une courte convalescence, ne s'est pas démentie.

Troisième observation.

Une jument, dont le poulain à terme avait péri en naissant, a été guérie d'un énorme développement des mamelles consécutif à cet accident, par cinq gouttes de *pulsatille*, prises en deux doses, l'une de trois gouttes, et l'autre vingt-quatre heures après celle-ci. Cette guérison n a pas exigé deux jours entiers.

Quatrième observation.

Une jeune chienne caniche, de 4 mois, dont la maladie consistait en une ophthalmie de l'œil gauche, avec obscurcissement de la cornée dans toute son étendue, et flux palpébral abondant, a été radicalement guérie par deux globules de *mercure noir*, 30e dilution.

Cinquième observation.

Le même remède (*mercure noir*), au rapport de M. Michel, pharmacien à Tarare, qui cherche, avec un zèle fort honorable, à répandre dans ce pays la médecine homœopathique, a également fait disparaître une dartre humide occupant tout le rachis et l'origine de la queue d'un chien, et cela en cinq jours, sans avoir fait suivre aucun régime à l'animal, qui avait été soumis sans succès à plusieurs traitemens allopathiques.

Sixième observation.

Un enfant de 4 ans était atteint d'une éruption consistant en seize boutons, répartis, savoir: treize à la face, tant sur les joues, près des yeux, que vers la commissure des lèvres, au menton, sous une oreille et sur l'un des sourcils, et trois à l'avant-bras droit. Ces boutons, de forme conique, s'élevaient du centre d'une plaque rouge-foncé, d'une largeur disproportionnée à la pustule à laquelle elle servait de base. Ils n'étaient le siége d'aucune douleur, et ne procuraient qu'une très-faible démangeaison; leur sommet blanc presque dès leur apparition s'est ouvert en un jour et demi, et il en a coulé une matière qui a formé, en se concrétant, une croûte épaisse sous laquelle le bouton, non sa base rouge, disparaissait complètement. Certain de trouver à cette éruption, qui ne se liait du reste à aucune lésion morbide intérieure appréciable par quelque symptôme, un remède dans la *camomille*, je voulus tenter si quelques agens *à peu près* homœopathiques en délivreraient mon petit malade. J'employai donc, sous forme d'essai, successivement et laissant à chaque remède deux jours pour la manifestation de son action, d'abord *taraxacum* 2e dilution, *gutta j*, puis *staphisagria* $\frac{0}{X}$, puis *mercure noir* $\frac{0}{X}$. Je n'obtins absolument aucun effet des deux premiers. Le mercure fit pousser, près des boutons placés vers les commissures des lèvres, deux nouveaux boutons plus petits, à base moins large, plus animés d'ailleurs et surtout plus douloureux. *Camomille* $\frac{00}{X}$, en moins d'un jour, produisit sur toute l'éruption ce qu'un instrument tranchant, coupant entre deux terres la racine d'une fleur épanouie, produirait sur cette fleur: les boutons flétris furent bientôt dépouillés par la chute des croûtes qui les recouvraient; et, du lundi au mercredi, la surface qu'ils occupaient ne présenta plus qu'une place rouge, qui n'était le siége d'aucun prurit, et fut toutefois distincte pendant plus d'un mois.

Un homme de 36 ans, le jour même où il prit deux globules d'*acide sulfurique*, 30e dilution, pour une affection ayant son siége dans la poitrine, éprouva dans l'anneau inguinal, du côté droit et sur le point même correspondant à l'anneau, un sentiment *de froid, comme un linge mouillé qui serait appliqué sur cette partie.* Pendant cinq jours consécutifs, ce même symptôme eut lieu; et, le cinquième, apparut vers cet anneau une hernie sans aucun sentiment d'étranglement, ni aucune douleur.

Exposition de la doctrine médicale homœopathique, ou Organon de l'art de guérir, par S. Hahnemann, traduit de l'allemand sur la 5me édition, avec divers opuscules de l'auteur, et une traduction sur la 5me édition de la *Pharmacopée homœopathique* de Hartmann; par J. L. Jourdan; 7me édition, avec le portrait de Hahnemann. — Paris, chez Baillière; Genève, chez Cherbuliez.

Rien ne démontre mieux la rapidité de la propagation de l'homœopathie en France, que la promptitude avec laquelle une 2me édition de *l'Organon* est devenue néces-

saire. Il y a à peine deux ans que la première édition a paru, et déjà elle manque dans le commerce de la librairie; déjà les amateurs d'homœopathie réclament cette espèce de *fiat lux* de médecine.

Il est tout-à-fait superflu d'entrer ici dans quelques détails sur cet ouvrage, le plus important qui ait paru depuis très-long-temps, et qu'on ne peut comparer, quant aux conséquences, qu'aux Mémoires de Lavoisier sur la chimie pneumatique. Il suffit de dire que *l'Organon* seul a amené à la conversion la majeure partie des allopathes qui l'ont lu de bonne foi et sans prévention : cet immense effet sera sans doute encore long-temps produit par sa lecture.

Dans cette édition, on remarque un grand nombre de modifications et additions faites par l'auteur; nous en avons compté une trentaine.

Nous avouons que nous aurions désiré n'y plus rencontrer les attaques contre la *nature*, et celles contre *l'allopathie;* ce n'est pas seulement le génie de Hahnemann qui devrait être au-dessus de ces petitesses; c'est aussi le triomphe universel de sa doctrine, dans trois et peut-être quatre parties du monde.

Nous y avons aussi aperçu une erreur de fait, dans la déclamation de l'auteur contre les purgatifs drastiques *qu'emploie* l'allopathie pour expulser le ténia; il fallait dire *qu'employait;* car depuis les beaux travaux de feu le célèbre chimiste Peschier, et sa préparation de l'oléo-résine de fougère, on sait maintenant que les purgatifs sont inutiles après celle-ci, qui tue le ténia sans nuire en aucune façon aux intestins qui lui servaient de domicile.

Nous nous garderons bien d'imiter un critique beaucoup trop sévère de la *théorie* exposée par Hahnemann sur le mode d'après lequel les médicamens guérissent. Puisque, au dire même de ce critique, cette théorie importe peu à l'application de l'homœopathie à la thérapeutique, il eût été à nos yeux plus sage et plus décent de ne pas faire aux cheveux blancs du grand homme, le chagrin de se voir attaqué par un jeune adepte, qui compte sans doute sur l'homœopathie pour lui servir de marche-pied à la gloire et à la fortune. Nous ne sommes pas d'ailleurs très-sûr que le critique ait toujours bien compris l'auteur; du moins cela ne ressort-il pas clairement pour nous de ses citations.

Cette édition se recommande en particulier par l'addition de plusieurs opuscules plus ou moins importans de Hahnemann. *Des formules en médecine*, 1800. *Les effets du café*, 1803. *La médecine de l'expérience*, 1805. *Esculape dans la balance*, 1805. *Lettre à un médecin de haut rang sur l'urgence d'une réforme en médecine*, 1808. *Conseils à un aspirant au doctorat*, 1809. *Réflexions sur les trois méthodes accréditées de traiter les maladies*, 1809. *L'Allopathie, un mot d'avertissement aux malades de toutes les classes*, 1831. Une addition aussi considérable donne à ce livre une physionomie toute différente de l'édition de 1832; et comme il reste encore un bon nombre d'opuscules de Hahnemann à traduire, il pourrait bien se faire que nous en trouvassions la 3me édition décorée; ce qui ne laisse pas que d'être une assez bonne spéculation de librairie.

La *Pharmacopée* a reçu aussi plus d'extension; le nombre des médicamens y est porté à 205 : on a profité de la *pharmacopœa* du Dr Quin, que nous avons annoncée.

Au total, nous remercions M. Jourdan et son éditeur de cette nouvelle publication. P.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

NOVEMBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Observations de maladies des centres nerveux ; recueillies à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Rostan, par A. Duplay, *chef de clinique.*

Un assez grand nombre de faits intéressans sur les maladies des centres nerveux s'étant présenté, dans le service de M. Rostan, pendant le cours de l'année scolaire qui vient de s'écouler, nous avons pensé qu'il serait intéressant de les publier avec détails.

Parmi ces faits nous nous sommes presque exclusivement bornés à ceux dans lesquels l'étude des symptômes a été éclaircie et confirmée par l'étude des lésions anatomiques ; car, malgré les progrès incontestables que les travaux de ce siècle ont fait faire à l'étude des maladies de l'encéphale, il est encore plusieurs points de symptomatologie sur lesquels les divers auteurs ne sont pas d'accord, et qui réclament nécessairement le secours de l'anatomie pathologique.

Chacune de ces observations présentera d'autant plus d'intérêt qu'elle servira de développement aux idées que M. Rostan a émises dans ses leçons théoriques sur les affections cérébrales. Nous regrettons que ces idées ne puissent être exposées d'une manière plus méthodique ; mais on comprendra que dans une simple revue de faits les opinions que chacun d'eux vient confirmer ou détruire doivent les suivre immédiatement.

Obs. Ire. *Symptômes cérébraux depuis plusieurs années à l'approche de l'été. Méningite avec encéphalite superficielle. Mort.* — Jean Liger, épicier, âgé de 29 ans, d'une haute stature, d'une constitution athlétique, éprouvait, depuis plusieurs années à l'approche du printemps ou de l'été, des symptômes cérébraux plus ou moins graves. Au commencement de l'été de 1833, il avait été pris d'une céphalalgie violente et d'un délire furieux qui disparurent au bout de quelques jours sous l'influence de plusieurs saignées du bras. Depuis cette époque, on avait remarqué que de temps en temps il existait un léger trouble dans les idées. Cependant Liger jouissait habituellement de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, il se plaignit à plusieurs reprises de maux de tête violens ; on remarqua plusieurs fois dans ses idées du trouble et de l'incohérence. Un jour, entre autres, il ramassa dans la cour de sa maison un morceau de plâtre, le serra précieusement, prétendant que c'était une pierre très-curieuse. Son frère, dont nous tenons ces renseignemens, nous dit que dès lors il s'attendit à voir reparaître les accidens des autres années, parce que c'est ainsi qu'ils avaient débuté chaque fois. Il nous ajouta que son frère, depuis son enfance, avait été sujet à des attaques d'épilepsie qui revenaient très-rarement, et qu'il nous décrivit d'une manière assez exacte. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, et sans avoir commis d'excès, Liger éprouve, en sortant du spectacle, des étourdissemens et une augmentation très-rapide de la céphalalgie qui le tourmentait depuis quelques jours. Son frère qui l'accompagnait, est obligé de le soutenir, car la marche devient chancelante. Ses idées se troublent ; en arrivant chez lui il déraisonnait complètement et il a plusieurs vomissemens. Pendant la nuit et le lendemain, le délire, la céphalalgie et la fièvre augmentent. Pendant la nuit suivante, le délire devient furieux, le malade se lève, court dans sa chambre et veut se jeter par la fenêtre. Le lendemain, un médecin est appelé pour la première fois, et, comme le malade était dans une chambre fort petite et malsaine, il le fait transporter à l'hôpital où il entre dans la soirée.

Lors de son entrée, le 21 mars 1834, il présentait l'état suivant : face rouge et injectée ; pouls excessivement fréquent et développé ; agitation extrême. Le malade délire, vocifère, se lève à plusieurs reprises et court dans la salle. Une fois il s'élance vers une fenêtre, et il allait s'y précipiter lorsque l'infirmier et d'autres malades sont assez heureux pour l'arrêter. Mais dans les efforts qu'il fait en se débattant, il se heurte très-violemment la tête contre l'espagnolette de la fenêtre. On parvient à le recoucher, et, avec les plus grandes difficultés, on lui pratique une saignée du bras de quatre palettes. Des sangsues sont placées derrière les apophyses mastoïdes, et des cataplasmes synapisés sont appliqués aux jambes. Le délire n'en persiste pas moins, mais il cesse au milieu de la nuit. Le malade tombe dans l'assoupissement, on n'en peut plus tirer aucune réponse, et il meurt à quatre heures du matin.

Autopsie, 30 heures après la mort. — La dure-mère était saine ; l'arachnoïde était parfaitement lisse et transparente : elle ne présentait ni injection, ni aucun produit de sécrétion anormale. La pie-mère était très-fortement injectée, surtout dans la portion qui revêt la convexité des hémisphères cérébraux. Cette injection était distribuée par plaques plus ou moins étendues, et formée par l'injection des capillaires et des vaisseaux plus volumineux ; elle était infiltrée de sérosité légèrement trouble. Les membranes adhéraient fortement à la substance corticale du cerveau, et lorsqu'on les détachait on enlevait avec elles une couche de substance grise de trois ou quatre lignes d'épaisseur dans certains points, et moins épaisses dans d'autres. Cette altération était générale, mais plus marquée vers la convexité que vers la base où elle existait cependant aussi. La substance corticale ainsi ramollie était fortement injectée ; elle avait une teinte violacée et se dessinait sur la substance blanche d'une manière bien plus tranchée que dans l'état normal. La substance blanche était sablée de rouge, et en général un peu moins consistante qu'elle ne l'est ordinairement. Du reste, toutes les parties du cerveau, et le cervelet lui même, présentaient aussi cette altération. La moelle épinière était parfaitement saine. Les deux poumons, sains dans le reste de leur étendue, étaient engoués vers leur base et leur partie postérieure. Tous les autres organes étaient à l'état normal.

Cette observation est un cas bien tranché de méningite avec encéphalite superficielle. Il confirme parfaitement l'opinion de M. Rostan sur le délire qui accompagne la méningite. La substance grise est celle qui préside à l'intelligence ; et dans la méningite, s'il y a du délire, c'est que la couche superficielle de l'encéphale participe d'une manière plus ou moins complète à l'inflammation. C'est tantôt une injection plus ou moins vive qui peut disparaître après la mort, comme on voit disparaître la rougeur de l'érysipèle. Tantôt l'injection a été plus profonde, plus durable ; aussi elle n'a pas disparu avec la vie, et on la retrouve d'une manière plus ou moins prononcée à l'examen du cadavre. D'autres fois enfin, il y a un véritable ramollissement de la substance grise. En enlevant les membranes du cerveau on détache une couche très-superficielle de cette substance, et il faut alors la plus grande attention pour s'en apercevoir ; car la substance grise qui reste sur les circonvolutions présente seulement un aspect légèrement rugueux. D'autres fois, comme dans cette observation, le ramollissement est tel qu'il ne pourrait pas échapper même aux yeux les moins exercés.

Du reste, ces idées ont été confirmées par trois cas de méningite que nous avons observés ; car dans ces trois cas il y avait eu du délire, et dans tous les trois il y avait ramollissement plus ou moins marqué de la substance corticale.

Obs. IIe — *Méningite. Encéphalite. Ramollissement avec ecchymose et pétéchies de la substance blanche. Ulcération de plusieurs plaques de Peyer.* — Le nommé Poirel, garçon tailleur, âgé de 18 ans, d'une stature moyenne, d'une constitution faible en apparence, éprouve, vers le 18 avril, une céphalalgie violente qui avait été précédée de plusieurs épistaxis. Presque en même temps la vue s'obscurcit et il survient des bourdonnemens dans les oreilles ; cependant le malade ne perd pas connaissance et n'éprouve aucun trouble de la motilité. Ces symptômes persistent pendant dix à douze jours, et le malade, sentant qu'il s'affaiblissait, se décide à entrer dans un hôpital. Il se rend à pied au Bureau Central et de là, malgré son extrême faiblesse, à la Pitié, où il entre le 1er mai. Il présente le lendemain les symptômes suivans.

2 mai. Décubitus dorsal ; face pâle ; strabisme, qui n'existe que depuis quelques jours, au dire du malade. Pupilles largement dilatées des deux côtés. Un peu d'étonnement dans le regard. Vision intacte. Quelques bourdonnemens dans les oreilles. Légère incohérence dans les idées ; la nuit il y a eu du délire. Réponses brusques, saccadées, mais justes pour la plupart. Mouvemens parfaitement libres. Langue sèche, rouge à la pointe, légèrement fuligineuse. Soif assez vive ; pas de nausées, pas de vomissemens, pas de sensibilité à l'épigastre ou dans le reste du ventre. Trois selles, dont la première de matières solides, et les deux autres en diarrhée. Rien du côté de la respiration. Le pouls bat 90 fois par minute. La peau est chaude et sèche. Rien du côté des sécrétions. (15 sangsues à l'anus, 15 sangsues aux apophyses mastoïdes. Eau de gomme, lavement émollient. Synapismes aux extrémités inférieures. Diète. Tenir la tête élevée).

Jusqu'au 5 l'on ne remarque aucun changement ; seulement il y a un peu plus de prostration. Du reste, le malade n'a pas eu de diarrhée ; il a présenté chaque nuit du délire, et le matin à la visite, ce caractère particulier dans la manière de répondre, que nous avons déjà noté. Pendant cet intervalle on a appliqué la glace sur la tête du malade.

Le 5 mai. Face pâle. Le malade a la tête cachée dans ses draps qu'il ramène sur ses épaules comme s'il avait froid. Il répond dans cette attitude ; ses réponses sont aussi brusques, aussi saccadées ; elles ne sont pas toujours justes. Strabisme de plus en plus prononcé ; pupilles très-dilatées. Le malade voit cependant bien. Les mouvemens sont un peu moins faciles dans le bras droit, qui se porte à la tête plus lentement que le gauche. Quant à la sensibilité, elle paraît avoir un peu diminué des deux côtés du corps. Langue sèche, fendillée, rouge ; les dents sont encroûtées d'un enduit fuligineux. Rien du côté de l'abdomen. Le malade a été à la selle à la suite d'un lavement. Rien du côté de la poitrine. Le pouls marque 120 pulsations. (Saignée de 3 palettes. Synapismes. Glace sur la tête. Gomme. Lavement émollient).

M. Rostan pense que l'affection, bornée d'abord aux méninges et à la substance grise du cerveau, s'est étendue en profondeur et gagne la substance blanche de l'hémisphère gauche.

Le soir, vers six heures, le malade perd connaissance, il n'entend plus, il ne répond plus ; cet état qui a commencé lorsqu'on a appliqué la glace, cesse au bout de deux heures.

6. Prostration plus grande; réponses lentes; parole embarrassée, articulation des mots difficile; somnolence, rêvasserie; strabisme. La pupille droite est plus dilatée que la gauche. La vision paraît moins nette. L'ouie est obtuse. La paralysie du membre thoracique droit se prononce de plus en plus. La sensibilité est obtuse; mais elle ne l'est pas plus à droite qu'à gauche. Soubresauts des tendons. Le tronc est fortement incliné à droite. Lorsqu'on redresse le malade il retombe sur le côté droit. La langue est sèche et fendillée. Rien du côté du ventre. Il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. Les urines s'échappent involontairement. Odeur de souris.

M. Rostan prescrit pour le soir 15 sangsues aux apophyses mastoïdes dans le cas où il surviendrait un paroxysme, et deux vésicatoires aux mollets si la prostration avait augmenté.

Le soir, la tête était fortement inclinée à droite par une sorte de torsion du col. Lorsqu'on voulait ramener la tête à sa rectitude naturelle on éprouvait une résistance assez forte. Stupeur. Réponses presque nulles. Dilatation très-considérable des pupilles; la gauche, un peu moins dilatée, est moins contractile que la droite. Les 2 vésicatoires sont appliqués.

Le 7, la prostration est extrême: tous les symptômes de la veille persistent. La paralysie du côté droit est complète. La stupeur est excessive; le malade ne répond plus. Il y a des soubresauts dans les tendons. Le pouls est excessivement petit; il n'offre plus qu'une sorte de tremblement. La mort est imminente, et elle a lieu dans la soirée.

Autopsie, 38 heures après la mort. — On ne remarque rien de particulier à l'extérieur du corps La dure-mère ne présente rien de notable; la cavité de l'arachnoïde contient une très-petite quantité de sérosité; la pie-mère est injectée et parcourue par de nombreux vaisseaux; çà et là on aperçoit des lignes grisâtres formées par des traînées de pus, qui, dans certains points, accompagnent les vaisseaux, et qui dans d'autres pénètrent avec la pie-mère entre les anfractuosités. Du reste, cette suppuration est bien au-dessous de l'arachnoïde; car, en passant le scalpel sur la membrane séreuse, on ne déplace pas la matière purulente. Les membranes adhèrent fortement à la substance corticale; lorsqu'on les enlève, on détache en même temps une couche assez épaisse de cette pulpe. Alors les circonvolutions apparaissent rugueuses, inégales, et présentent une injection bien évidente. Cette adhérence et ce ramollissement se remarquent à gauche dans un bien plus grand nombre de points que sur l'hémisphère droit. Vers la partie moyenne de la face supérieure de l'hémisphère gauche, près de la grande scissure interlobaire, la suppuration de la pie-mère est plus avancée que partout ailleurs dans l'étendue d'un pouce carré; les membranes, très-adhérentes vers ce point, entraînent après elles une couche de substance corticale de plusieurs lignes d'épaisseur. En enlevant par tranches minces la substance cérébrale, on rencontre, vers la partie centrale du lobe moyen, l'altération suivante.

La substance blanche, au lieu de présenter sa couleur naturelle, prend graduellement, à mesure que l'on pénètre plus profondément, une teinte d'un jaune serin très-clair et tirant un peu sur le vert. La consistance de la substance cérébrale a diminué à mesure que l'on pénètre vers le centre de la partie altérée, elle devient de plus en plus diffluente. Vers la partie centrale de ce ramollissement qui a un pouce cube environ, la substance cérébrale est piquetée de rouge. Cette portion qui représente un cercle rougeâtre de quatre lignes de diamètre environ, est parsemée d'une infinité de petits points rouges; examinées de près, on peut s'assurer que ce ne sont pas des ouvertures de vaisseaux, car la pression n'en fait pas sortir de sang; ce sont plutôt de petites suffusions sanguines, comparables à des pétéchies. Au milieu de ce cercle, il existe un point central d'un rouge plus foncé que le reste, offrant une certaine résistance au doigt, formé par un petit caillot sanguin du volume d'un grain de chenevis. Plus on s'en rapproche, plus les pétéchies sont nombreuses et pressées. Plus on se rapproche de la circonférence du petit cercle, plus elles sont rares et disséminées; le reste de cet hémisphère ne présente de remarquable qu'une consistance un peu moindre dans toute son étendue. Le ventricule de ce côté contient environ deux gros de sérosité limpide; mais on ne peut évaluer au juste la quantité qui existe, car, en ouvrant la moelle épinière, une esquille a déchiré les membranes, et une assez grande quantité de sérosité s'est écoulée par cette ouverture. En incisant l'hémisphère droit, l'on rencontre, vers la partie antérieure du lobule antérieur une altération tout-à-fait analogue à celle qui existait dans l'hémisphère gauche: même coloration, même consistance de la substance cérébrale; même pointillé, même caillot central; seulement ce dernier est plus volumineux: il est du volume d'un noyau de cerise. Le ventricule correspondant contient à-peu-près la même quantité de sérosité que celui du côté opposé. Les couches optiques, les corps striés des deux côtés, le *septum lucidum*, sont d'une consistance un peu moindre que dans l'état normal. Vers la base du cerveau il n'existe aucune trace de suppuration.

La moelle épinière, dont les enveloppes ne présentent rien d'anormal, a conservé sa consistance naturelle, excepté vers la région cervicale où elle est sensiblement ramollie.

Les poumons, sains et crépitans dans leur sommet et leur partie antérieure, sont engorgés à leur partie postérieure et à leur base. Le cœur n'offre rien de particulier.

Le péritoine est parsemé d'une infinité de taches d'un gris ardoisé; ces taches sont formées par de petits cercles, au centre desquels on aperçoit la couleur normale du péritoine; elles sont également répandues sur le péritoine pariétal et sur celui qui recouvre les viscères.

Dans l'intestin grêle, vers la fin de l'iléon, il existe trois plaques de Peyer tuméfiées et rouges; deux autres sont légèrement ulcérées. Les follicules isolés de Brunner sont

généralement volumineux. Plusieurs ganglions mésentériques sont rouges et tuméfiés; le cœcum est rouge. Rien dans les autres organes abdominaux.

Ce cas est remarquable par l'existence simultanée d'une dothinentérie, d'une méningite, et d'une inflammation de la pulpe cérébrale. Aussi, comme il existait des symptômes et du côté des voies digestives et du côté des centres nerveux, M. Rostan fit-il ressortir toute la difficulté qui existe souvent à distinguer ces deux affections l'une de l'autre. D'un côté le trouble de l'intelligence, le caractère particulier des réponses, la céphalalgie, le strabisme sans lésion de la sensibilité et de la motilité annonçaient une lésion des méninges. De l'autre côté, la sécheresse de la langue, son enduit fuligineux, plusieurs selles en diarrhée annonçaient une lésion de l'intestin. Mais bientôt les symptômes observés du côté des voies digestives se réduisirent à la sécheresse de la langue, car la diarrhée cessa. C'est alors que les symptômes d'une affection cérébrale prirent le dessus, et que l'on put annoncer une lésion de la pulpe cérébrale par la diminution graduelle de la sensibilité générale et de la locomotilité du côté droit.

Dans le fait qui suit, le ramollissement s'est développé autour d'un foyer hémorrhagique, et ce travail a été reconnu et annoncé pendant la vie.

Obs. IIIe.—*Attaque d'apoplexie; ramollissement consécutif autour du foyer hémorrhagique; pneumonie; tartre stibié à haute dose; hémorrhagie intestinale très-abondante. Mort.* — Chevalier, âgé de 65 ans, d'une taille peu élevée, pléthorique, ayant le col volumineux et court, jouissait habituellement d'une bonne santé, seulement il dormait beaucoup et il était sujet à des migraines qui se montraient à des intervalles indéterminés. Le 20 mars, en sortant de déjeûner, comme à son ordinaire, et sans avoir rien éprouvé de particulier, il tombe sans connaissance; on le relève, et il reste dans cet état pendant une heure. Alors il veut essayer de se lever; mais le membre pelvien du côté gauche, frappé de paralysie, se dérobe sous le poids du corps. Le bras du même côté a perdu aussi le mouvement et le sentiment. Un médecin fait appliquer 14 sangsues à l'anus, donne 4 grains d'émétique qui déterminent plusieurs vomissemens et des selles abondantes, et prescrit pendant deux jours des frictions sur les membres paralysés avec un liniment excitant. Le malade, après ce traitement, reste abandonné à lui-même, conservant toujours son hémiplégie, et il entre à l'hôpital de la Pitié le 28 mai, deux mois et huit jours après son accident. Le lendemain à la visite, il présentait l'état suivant :

Apparence de santé, teint coloré; légère déviation de la commissure droite des lèvres. Membres supérieur et inférieur droits dans l'état normal. La jambe et la cuisse gauche sont complètement immobiles, mais conservent leur sensibilité, et le malade y éprouve des fourmillemens et de légères douleurs. Le pied et la partie inférieure de la jambe sont infiltrés. Le membre supérieur gauche a repris sa motilité à-peu-près normale, et n'est le siége ni de fourmillement ni de douleurs; la langue ne présente rien d'insolite dans ses mouvemens, et les sens s'exercent avec toute leur intégrité. L'intelligence paraît intacte. Il y a de la soif, de l'anorexie. La respiration est un peu pénible; il y a de la toux et une expectoration muqueuse assez abondante.

L'auscultation ne fait rien découvrir; mais la percussion donne à la région du cœur un son mat dans une étendue plus grande que dans l'état ordinaire. Du reste, les battemens ne présentent rien d'insolite. Quant au pouls, il marque 48 pulsations, et il est plus faible à gauche qu'à droite.

D'après ces symptômes, M. Rostan diagnostiqua une hémorrhagie moyenne, dans l'hémisphère droit du cerveau (Saignée de 3 palettes; chiendent avec crême de tartre).

31 Mai, la saignée est couenneuse. Il y a eu du délire pendant la nuit, et des douleurs vives dans le pied paralysé, ce qui fait présumer qu'un travail inflammatoire s'est développé autour du foyer hémorrhagique.

Les deux jours suivans, le délire se montre encore chaque nuit, sans que les autres symptômes aient acquis une plus grande intensité.

Le 3 juin, l'état s'est aggravé. La face est pâle; elle exprime la douleur. Les réponses sont alternativement lentes et brusques, et souvent elles sont remplacées par des signes que fait le malade. Du reste, il n'y a rien du côté des sens, et l'état des membres paralysés n'a pas changé. La respiration est gênée : par momens elle est très-précipitée, presque haletante; puis tout-à-coup elle redevient lente, pour s'accélérer de nouveau. Toux fréquente; expectoration muqueuse. La percussion donne un son mat à gauche et à droite vers la partie inférieure de la poitrine. La respiration est très-obscure dans ces différens points, et l'auscultation découvre en outre du râle crépitant. Vers la partie moyenne, du reste, ces signes sont plus marqués à droite qu'à gauche. Pouls marquant 88 pulsations, et présentant des intermittentes. Langue rouge et sèche; soif vive; diarrhée. (Saignée de 14 onces; large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine).

Les 4, 5 et 6, il n'y a pas de délire, et l'état du poumon semble un peu amélioré. Le 7, il y a retour du délire, les crachats sont légèrement rouillés. Quant aux membres paralysés, ils sont dans le même état que les jours précédens, et l'on ne remarque rien du côté des sens.

Le 8 et le 9, l'état de la poitrine s'aggrave; outre du râle crépitant, on peut entendre encore le souffle bronchique dans la partie supérieure des deux poumons. Pouls fréquent, à 90 pulsations, présentant de nombreuses intermittences. Abdomen ballonné. (Appliquer un vésicatoire à chaque cuisse).

Jusqu'au 14, l'état du malade reste le même, et chaque nuit il a des rêvasseries.

Le 15, l'affaiblissement général a augmenté; pâleur de la face; léger strabisme; dilatation des pupilles. La sensibilité est très-obtuse dans les membres paralysés. Les urines et les matières fécales s'échappent involontairement. Crachats rouillés; même état des poumons; le pouls marque 90 pulsations; il est irrégulier, intermit-

tent, et beaucoup plus faible que dans l'état normal.

Le 16, l'état du malade étant toujours le même (tartre stibié gr. viij, dans quatre onces d'infusion de violettes.) Le 17 et le 18, le malade semble un peu moins mal. Il a eu chaque jour plusieurs évacuations alvines. Les crachats sont moins rouillés, et le pouls présente moins d'intermittence. Du reste, il n'y a rien de nouveau du côté des phénomènes cérébraux et du côté des sens. Cet état continue jusqu'au 20, époque à laquelle le malade refuse de prendre la potion émétisée.

Le 21, le malade a eu beaucoup de délire pendant la nuit. Le matin, il est dans la prostration. La face est pâle et altérée. Strabisme plus marqué; le membre supérieur gauche est complètement paralysé du mouvement et du sentiment. Déglutition un peu embarrassée. Du reste, peu de trouble du côté de l'intelligence, car le malade répond encore assez juste aux questions qui lui sont adressées. Langue sèche et fuligineuse; excrétion par l'anus d'une quantité énorme de sang noir, abondant, fétide, et qui s'est renouvelée deux fois en une heure. Météorisme du ventre, mais pas de douleur. (Lavement avec décoction de simaroubа, q. s.; acide sulf., 3 ß)

Le 22, le malade est agonissant; il ne répond plus que très-difficilement. Les traits sont profondément altérés: l'état des membres paralysés est le même. Les déjections ont été très-abondantes, et sont exclusivement sanguinolentes comme la veille. Cet état s'aggrave de plus en plus, et le malade succombe le 23 à deux heures du matin, vingt-cinq jours après son entrée à l'hôpital, et trois mois après l'invasion de la maladie.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Cadavre d'une pâleur remarquable, sans rigidité. On remarque de l'œdème vers la jambe et le pied gauches.

Tête. La dure-mère ne présente rien de particulier; elle est pâle, et adhère dans certains points à la voûte du crâne. L'arachnoïde a perdu çà et là sa transparence, et l'on remarque une infiltration assez marquée du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Au niveau du lobule postérieur droit, les membranes, qui partout ailleurs se détachaient avec la plus grande facilité des circonvolutions cérébrales adhèrent fortement à la substance corticale dont on enlève une couche légère. Cette substance grise, qui est même rouge et injectée, présente un peu de boursouflement. En pénétrant plus profondément, on arrive dans un foyer hémorrhagique long d'un pouce, large d'un demi-pouce environ. Ce kyste, dont les parois sont un peu affaissées, est revêtu d'une espèce de membrane d'un tissu plus consistant que le cerveau, et contient dans son intérieur de la sérosité d'un jaune tirant sur le rouge. Autour de ce kyste la substance cérébrale est ramollie, presque diffluente, d'une couleur rosée uniforme, comme si elle était pénétrée par une teinture. Cette sorte d'atmosphère de ramollissement qui entoure le foyer apoplectique a bien un pouce d'épaisseur. En avant, le ramollissement s'étend jusqu'à la couche optique du côté correspondant. Dans le corps strié du même côté se rencontre un autre petit foyer hémorrhagique d'un quart de pouce de diamètre, contenant aussi de la sérosité, et au centre de la couche optique, il en existe un autre du volume d'un pois. A la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche, près du sillon inter-lobulaire, il existe un autre kyste semblable, d'un demi-pouce d'étendue, à parois jaunâtres, contenant un peu de sérosité. La portion du cerveau qui l'entoure est un peu ramollie dans l'étendue de quelques lignes. La protubérance annulaire et le cervelet sont à l'état normal. Les artères de la base du cerveau présentent quelques points ossifiés. La moelle épinière est saine dans toute son étendue.

Thorax. Hépatisation rouge de toute la moitié inférieure du poumon droit. Infiltration séreuse de tout le reste de son étendue; le gauche, fortement engorgé, présente un point d'hépatisation circonscrite à sa partie inférieure et antérieure. Le cœur est beaucoup plus volumineux, et présente vers sa pointe un anévrysme partiel, altération étrangère à notre sujet et sur laquelle nous nous proposons de revenir dans un travail spécial.

Abdomen. L'estomac offre à l'extérieur une teinte brunâtre, ainsi que les intestins. Cette coloration est due à une grande quantité de sang fluide et en caillots qui remplit leur cavité. La muqueuse de l'estomac, au niveau de son grand cul-de-sac, est d'un rouge brun très-foncé. Du reste, elle offre sa consistance naturelle. La muqueuse intestinale est partout pâle et décolorée et sans aucune trace d'injection. Nulle part on ne découvre d'ulcération qui ait pu donner lieu à ces hémorrhagies abondantes. Les autres organes abdominaux ne présentent rien de remarquable; seulement la rate est un peu ramollie.

Ce genre de ramollissement doit être considéré aussi comme le résultat d'une inflammation. Le sang, épanché au milieu de la pulpe cérébrale, agit alors comme un corps étranger et en détermine l'inflammation et le ramollissement. On ne peut dire que ce dernier ait précédé ici l'hémorrhagie cérébrale, car il n'y avait eu aucun des signes précurseurs du ramollissement. La maladie a débuté d'une manière subite, et après avoir diminué pendant quelque temps, elle s'est ensuite aggravée peu à peu. Le trouble de l'intelligence, la fièvre, l'augmentation des désordres de la sensibilité et du mouvement, annonçaient un travail inflammatoire autour du foyer hémorrhagique.

Nous ferons de plus remarquer la singulière terminaison de la maladie par une hémorrhagie intestinale des plus abondantes, et dépendant d'une simple exhalation sanguine.

Dans l'observation qui va suivre, le ramollissement est d'une nature tout autre, et ne peut plus être attribué, comme dans le précédent, à un travail inflammatoire.

Obs. IVe — *Fourmillement et engourdissement dans les doigts. Tout-à-coup perte de connaissance. Paralysie simultanée des quatre membres. Perte de l'intelligence. Mort. Double ramollissement du cerveau, occupant chaque lobule postérieur dans une assez grande étendue.* — Pierre Selon, âgé de 64 ans, journalier, demeurant rue

Montorgueil, N° 73, entre à l'hôpital de la Pitié le 24 avril 1834. Cet homme, qui avait toujours joui d'une bonne santé, éprouvait, depuis deux mois environ, des picotemens, des engourdissemens dans les doigts des pieds et des mains. Souvent il laissait échapper les corps peu volumineux qu'il voulait prendre, tels que des aiguilles et des épingles, parce que ses doigts étaient comme engourdis. Depuis quelque temps sa femme avait remarqué une grande tendance au sommeil; cependant il n'en jouissait pas moins de tous ses mouvemens et de l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Le 10 avril, comme il était occupé à déménager et qu'il courait pour chercher une clef qu'il avait oubliée, il éprouve un étourdissement, il chancèle et tombe tout-à-coup sans connaissance. Le malade est aussitôt porté chez lui; il avait perdu dans les quatre membres le mouvement et la sensibilité. L'intelligence revint au bout d'une heure environ; mais pour la sensibilité et le mouvement ils restèrent abolis dans les quatre membres. Cette perte du mouvement et de la sensibilité dans les quatre membres à la fois nous fut attestée par le malade, par sa femme et son gendre, et par le médecin qui fut appelé. Une saignée du bras fut pratiquée, des sinapismes furent appliqués aux jambes, des frictions furent faites sur les membres avec *une énergie et une persévérance telles*, que deux escarrhes excessivement profondes en furent le résultat. Huit jours après l'accident, on put constater dans les membres inférieurs un peu de sensibilité et quelques mouvemens; les bras, quelques jours après, purent exécuter de légers mouvemens et redevinrent un peu sensibles; pendant tout ce temps, les doigts des deux mains restèrent fléchis. Le malade, voyant son état ne s'améliorer que très-lentement, fut amené à l'hôpital, et le 25 avril, lendemain de son entrée, il présentait l'état suivant:

25 avril. Décubitus dorsal; face un peu pâle. Les lèvres ne présentent pas de déviation, non plus que la langue. Les deux bras sont immobiles, ce qui peut tenir en partie à la paralysie et à la douleur résultant de deux plaies très-profondes qui siégent à chaque bras et qui sont la suite des frictions qui ont été faites sur les membres. Quelques légers mouvemens des extrémités inférieures lorsqu'on dit au malade de les remuer. De temps en temps, petits mouvemens convulsifs et involontaires dans ces membres, mais surtout dans la jambe droite et dans les doigts des deux pieds. Quant à la sensibilité, elle est très-obtuse dans les bras, et un peu moins dans les extrémités inférieures. Pas de céphalalgie. La vue est intacte; les pupilles sont dilatées, mais contractiles. L'ouïe et le goût ne présentent rien d'insolite. Il n'y a pas de céphalalgie, pas de délire; l'intelligence est intacte. Rien de particulier du côté de la poitrine, si ce n'est un peu de toux. Le pouls marque 60 pulsations. Les organes digestifs ne présentent rien d'anormal (15 sangsues à l'anus; (1) chicorée avec sulfate de soude. Lavement purgatif. Tête élevée).

(1) Elles furent appliquées aux cuisses, à cause de l'impossibilité à tourner le malade sur le côté.

26. L'infirmier et la sœur ont remarqué, à plusieurs reprises, et surtout pendant la nuit, de l'incohérence dans les idées du malade; cependant il répond juste à toutes nos questions. La voix est un peu plus faible que la veille; la langue tend à se sécher; il y a eu des déjections alvines involontaires. On remarque toujours le même état dans les extrémités, et des mouvemens convulsifs assez nombreux, non-seulement dans les membres inférieurs, mais encore dans les membres thoraciques. (Chicorée. Sulfate de soude. Lavement émollient. Tête élevée).

Le 27 et le 28. Les soubresauts continuent toujours; les mouvemens volontaires ne sont pas plus étendus; la sensibilité dans les quatre membres paraît un peu exaltée: quand on y touche le malade paraît vivement souffrir. Les sens restent intacts. Langue sèche; soif vive; déjections involontaires. Respiration un peu bruyante et plaintive: pouls marquant 60 pulsations par minute. Les plaies du bras sont extrêmement profondes. (Orge miel., lavement émollient).

Le 29. Une escarrhe s'était montrée au sacrum. Des symptômes d'adynamie étaient survenus; la langue était sèche, couverte d'un enduit fuligineux. Les paupières étaient collées par un mucus épais. L'on remarquait, dans la sensibilité des membres le même état que les jours précédens.

Le 30, l'état du malade s'était aggravé.

Le 1er mai. La vision est pervertie; le malade distingue mal les objets qu'on lui présente. Les pupilles sont très-resserrées et immobiles; l'œil était fixe: l'ouïe est obtuse. Le malade ne répond plus toujours juste. La sensibilité des membres a diminué de nouveau. Langue sèche et fuligineuse; évacuations involontaires. Quant à la respiration et à la circulation, elles étaient excessivement ralenties. On voyait sur le ventre des pétéchies, et çà et là l'épiderme était soulevé de manière à former de petites bulles remplies de pus. (Vésicatoires aux cuisses. Sinapismes. Orge miel. avec une demi-once de crême de tartre. Lavement.)

Le 2 mai, le malade était agonissant et ne présentait rien de particulier. Il mourut pendant la nuit.

Autopsie 30 heures après la mort. — Large escarrhe au sacrum; larges plaies à chaque avant-bras et surtout au coude du côté gauche, où il en existe une d'un demi-pouce de profondeur et qui s'étend jusqu'au tendon du triceps brachial.

Tête. La dure-mère adhère intimement à la face interne du crâne: aussi est-il impossible de les séparer: et, en enlevant la calotte du crâne, on est obligé d'enlever toute la portion de la dure-mère qui recouvre la face supérieure des hémisphères cérébraux. La cavité de l'arachnoïde contient une assez grande quantité de sérosité. Entre les deux feuillets de la membrane il existe, dans plusieurs points, des adhérences celluleuses d'ancienne date, et généralement elle a perdu sa transparence habituelle. La pie-mère est infiltrée de sérosité et ses vaisseaux sont gorgés de sang. Les membranes se détachent des circonvolutions cérébrales avec une difficulté telle, que dans certains points on enlève avec elles

une couche mince de substance corticale. Généralement la substance grise des circonvolutions cérébrales est plus injectée, moins consistante que dans l'état normal, et elle est parcourue par une multitude de petits vaisseaux qui la sillonnent et lui donnent une teinte violacée.

La substance blanche est généralement moins consistante que dans l'état normal. Vers la partie postérieure du lobule postérieur droit, à peu près à la partie moyenne de son diamètre vertical, la substance blanche cesse de présenter son organisation normale : elle est ramollie, comme diffluente, s'écrase en bouillie sous le scalpel qui veut la diviser par tranches. Ce ramollissement a bien un pouce et demi d'étendue dans tous les sens. Vers le point correspondant du côté opposé, la même altération existe au même degré, la coloration, la consistance de la substance blanche, sont les mêmes que du côté opposé, mais dans une étendue un peu moindre, un pouce cube environ. Des deux côtés les corps striés et les couches optiques ont une consistance moindre que dans l'état normal, mais elles n'offrent pas un ramollissement comparable à celui des lobules postérieurs. Le cervelet et la moelle épinière présentent le même état.

Les poumons étaient très-fortement engoués ; quant au cœur, il n'offrait rien de remarquable. Les viscères abdominaux ne présentaient aucune lésion digne d'être notée.

Dans ce cas, le ramollissement est la seule lésion qui existe: aussi se présente-t-il avec une marche régulière, et ce fait pourrait-il servir, pour ainsi dire, de type ? Ces engourdissemens dans les membres, ces fourmillemens, cette diminution graduelle dans la sensibilité, cette difficulté à saisir les corps d'un petit volume, sont pour M. Rostan les signes caractéristiques du ramollissement. Ces signes manquent quelquefois, il est vrai, mais beaucoup plus rarement qu'on ne le croit : tantôt c'est par la faute de l'observateur qui n'a pas porté toute son attention sur ce point, tantôt c'est parce que l'état du malade empêche qu'on n'en puisse tirer tous les renseignemens ; d'autres fois enfin, parce que les malades n'ont pas fait attention à des symptômes aussi légers en apparence. Quoi qu'il en soit, ce qui prouve l'importance et toute la valeur de ces signes, c'est que, dans les cas où ces renseignemens n'ont pu être obtenus, tout diagnostic devient impossible.

Un point fort embarrassant dans ce cas, c'était la localisation du ramollissement. Il y avait paralysie de quatre membres. M. Rostan pensa qu'il existait une double altération dans les hémisphères. Ce qui le faisait pencher vers cette opinion, c'est qu'il y avait conservation de l'intelligence. Or, si l'altération eût occupé les parties centrales, il y aurait eu perte de l'intelligence, comme il a eu occasion de l'observer plusieurs fois.

Un point non moins curieux de cette observation, c'est le mode de traitement employé chez ce malade. N'est-il pas curieux, dans l'état actuel de la science, après les travaux sur les maladies de l'encéphale dont s'honore notre siècle, de voir un médecin rappeler dans un cas de ce genre la sensibilité à force de frictions sèches sur les membres, et dans son fanatisme pour les propriétés vitales, détruire les tissus pour leur rendre la vie. C'est cependant ce que nous avons pu constater ; car ces escarrhes profondes, dont la chute laissait à nu les muscles et les tendons, étaient le résultat des frictions qui avaient été pratiquées sur les membres paralysés.

Dans l'observation qui suit, on peut juger de la difficulté du diagnostic, lorsque l'on n'a pas, sur les antécédens de la maladie, tous les renseignemens nécessaires.

Obs. Ve — *Ancienne attaque d'apoplexie, suivie de paralysie du côté gauche ; symptômes de congestion sanguine revenant ; nouveaux symptômes d'hémorrhagie cérébrale ; paralysie du côté droit. Mort. Ramollissement de la moitié gauche du mésolobe et de son prolongement antérieur correspondant.* — Marie Volders, journalière, âgée de 33 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'elle fut prise, il y a cinq ans, de tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale, à la suite de laquelle le côté gauche resta paralysé. Depuis lors, la malade éprouvait fréquemment de la céphalalgie, des vertiges et des éblouissemens. Aussi se faisait-elle saigner presque tous les mois dans la crainte de voir le même accident se reproduire. Elle avait négligé de se faire saigner et avait retardé de quelques jours seulement cette évacuation sanguine habituelle, lorsque, le mercredi 13 novembre, elle tomba tout-à-coup en faisant son ménage (1). La malade fut saignée aussitôt, on lui appliqua 20 sangsues dans la soirée. Mais le lendemain, la perte de connaissance étant toujours complète, on fit appliquer un large vésicatoire à la nuque, on donna une infusion de fleurs de tilleul avec addition d'un grain de tartre stibié par pinte. La nuit suivante, la malade commença à recouvrer un peu sa connaissance, elle demanda plusieurs fois à boire, mais d'une manière assez confuse, et enfin le lendemain 15, elle entra à l'hôpital ; le 16 elle était dans l'état suivant :

16 novembre; face pâle ; commissure gauche des lèvres fortement tirée en dehors. Les muscles des joues se laissent distendre passivement. On remarque un peu de strabisme. Décubitus sur le dos. Résolution complète des membres du côté droit ; soulevés, ils retombent comme une masse inerte. La sensibilité n'est pas entièrement abolie, la malade témoigne de la douleur quand on pince la peau, mais il faut pincer fortement. Le bras et surtout la main du côté gauche ont un aspect tout particulier, le pouce est fortement fléchi dans la paume de la main, les doigts sont légèrement atrophiés, et la main présente l'aspect des membres frappés depuis longtemps de paralysie. Aussi, d'après cette seule inspection

(1) Nous ferons remarquer que ces détails nous furent donnés long-temps après l'entrée de la malade à l'hôpital. Nous reviendrons tout-à-l'heure sur ce point.

du membre, et sans avoir connaissance du commémoratif de la maladie, M. Rostan prononce-t-il qu'il y a eu précédemment une hémorrhagie cérébrale, suivie d'une paralysie de ce membre. Les renseignemens ultérieurs vinrent justifier ce diagnostic. La malade répond difficilement, cependant elle déclare elle-même qu'elle est malade depuis trois jours ; les réponses et la parole sont difficiles. La malade demande à boire à plusieurs reprises. Céphalalgie. Les organes digestifs ne présentent rien de particulier ; aucun symptôme du côté de la poitrine ; le pouls, un peu développé, marque 84 pulsations. (La malade ayant été saignée ; on prescrit 8 sangsues au-dessous de chaque apophyse mastoïde ; infus. de chicorée avec sulfate de magnésie, 1 once dans chaque pot ; lavement purgatif : cataplasmes synapisés ; compresses froides sur le front. Élévation de la tête.)

17 ; l'état s'est aggravé. Tous les symptômes observés la veille subsistent encore ; de plus, la malade ne parle pas, elle ne répond plus aux questions qui lui sont adressées. La respiration, qui était libre la veille, commence à s'embarrasser. (Infus. de chicorée avec sulfate de magnésie ; lavement purgatif ; cataplasmes sinapisés ; compresses froides sur la tête).

18 ; facies pâle, altéré ; strabisme plus marqué que la veille ; commissure gauche des lèvres tirée fortement en dehors ; résolution complète des membres du côté droit. Lorsqu'on pince le bras ou la cuisse, la malade grimace, mais il faut serrer la peau assez fortement. La parole est nulle ; la malade paraît étrangère à ce qui l'environne. La langue est pâle, elle est un peu sèche. La pression sur l'abdomen ne détermine aucun signe de douleur. Plusieurs évacuations alvines involontaires. La respiration est stertoreuse. Le pouls très-petit marque 90 pulsations. (L'on continue la même prescription).

Le 19 ; la malade est agonissante. Tous les sens sont abolis. La sensibilité est complétement anéantie dans les membres du côté droit. La respiration est excessivement bruyante et le pouls presque nul. Une sueur visqueuse couvre la malade. Le 20, agonie. Sorte de constriction du larynx, respiration très-pénible. Langue sèche et fuligineuse. Abdomen tendu ; selles involontaires. Morte le soir, à 9 heures et demie.

Autopsie 36 *heures après la mort.*— L'état extérieur ne présente rien de remarquable.

Tête. La dure-mère adhère çà et là aux os du crâne. Le sinus longitudinal supérieur renferme un caillot fibrineux d'une couleur jaunâtre. Du reste, les parois du sinus ne présentent rien de particulier. L'arachnoïde et la pie-mère paraissent épaissies ; il existe une infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ce qui donne aux membranes une teinte opaline. Du reste elles sont fortement injectées et parcourues par de nombreux vaisseaux sanguins. La substance corticale est d'un gris violacé ; elle paraît moins consistante que dans l'état normal, et se dessine plus nettement sur la substance blanche. Cette dernière est sablée de rouge ; généralement elle est un peu moins consistante que dans l'état normal. On ne rencontre dans l'épaisseur des lobes cérébraux de chaque côté aucune trace d'hémorrhagie cérébrale. Les ventricules ne contiennent qu'une très-petite quantité de sérosité. Les couches optiques, les corps striés ne présentent aucune lésion. Le *septum lucidum* est un peu moins consistant que dans l'état naturel. La protubérance cérébrale présente les altérations suivantes : sa moitié gauche est fortement ramollie ; le ramollissement occupe presque la totalité de l'épaisseur du prolongement antérieur gauche. La substance cérébrale est convertie en une sorte de bouillie d'un blanc rosé. Au centre de cette portion ramollie, il existe une petite cavité irrégulière capable de loger un gros pois, et renfermant une très-petite quantité de sang non accumulé en foyer, mais comme combiné avec la substance cérébrale ramollie. Le prolongement antérieur gauche et le côté opposé de la protubérance n'offrent rien de semblable. Le cervelet est parfaitement sain.

Poitrine. Les poumons de chaque côté adhèrent à la plèvre costale à l'aide de fausses membranes. Le poumon droit adhère par son sommet à la plèvre correspondante. Son tissu vers ce point est d'un gris foncé et très-dur. Il existe vers ce point une espèce de foncement de la plèvre et du tissu du poumon, et de plus une petite cavité capable de loger un gros pois, revêtue par une membrane lisse. Le reste du poumon est sain, excepté vers la base où il existe un engouement très-marqué. Il en est de même du poumon du côté opposé ; sa base est très-fortement engouée. Le cœur est sain, il ne présente aucune trace d'hypertrophie.

Abdomen. Tous les organes contenus dans l'abdomen furent examinés, aucun d'eux ne présenta d'altération.

Cette observation peut servir à prouver combien le diagnostic est souvent rendu difficile chez les malades des hôpitaux, par le défaut de renseignemens exacts sur la marche des maladies qu'ils présentent. Or, ce besoin des données certaines sur les prodrômes et sur la marche des accidens, ne se fait jamais plus impérieusement sentir que pour le diagnostic des affections cérébrales. Dans l'observation que nous rapportons, les réponses de la malade, quoique justes, celles des personnes qui l'entouraient et qui la fréquentaient habituellement, ne furent pas suffisantes, comme on peut le voir. Suivant eux, la femme Volders, au milieu de toutes les apparences de la santé, avait été frappée comme subitement de perte de connaissance et de paralysie. C'est plus tard seulement que des renseignemens nous furent donnés par le médecin de la malade, renseignemens tout à-la-fois plus éclairés et plus en rapport avec la lésion trouvée dans le cerveau. Cette femme, comme nous l'apprit une petite note remise par le médecin, était sujette à de fréquentes congestions cérébrales qui nécessitaient des évacuations sanguines presque tous les mois. L'encéphale n'était donc pas dans son état normal, puisque chaque mois il se manifestait des symtômes assez graves pour que l'on eût recours à la saignée générale. Cette femme, pour elle-même, pour les personnes qui l'entouraient, et qui n'étaient pas plus éclairées qu'elle,

jouissait en apparence d'une bonne santé, tandis que pour le médecin elle était sous le poids d'un travail pathologique vers l'encéphale. Pour l'ignorant, la maladie avait commencé avec la perte subite de connaissance et avec la paralysie; pour l'homme de l'art qui possédait ces détails la maladie avait commencé plus tôt. Que l'on supprime maintenant ces données sur les prodrômes de la maladie, voilà qu'elle change complètement de nature, et voilà que faute de renseignemens suffisans la maladie semble avoir debuté d'une manière subite, quoiqu'effectivement elle ait marché d'une manière progressive. C'est ce qui arriva chez la femme qui fait le sujet de cette observation. Cependant la marche ultérieure de la maladie vint jeter du doute sur son début prétendu si rapide et si instantané; ce doute ne tarda pas ensuite à s'augmenter encore de tout le poids des renseignemens fournis par le médecin de la malade.

Mais ce fait, fort intéressant sous le rapport de la difficulté du diagnostic, ne l'est pas moins sous celui du siége de l'altération. Les cas de ramollissement de la protubérance annulaire, bornée surtout à un seul côté, sont excessivement rares. L'intensité des symptômes, comparée au peu d'étendue de la lésion, est bien remarquable, et s'explique très-bien par le siége important qu'elle occupe.

Faisons encore une remarque. Supposons qu'un observateur peu éclairé ou peu attentif ait été témoin d'un fait de ce genre; supposons qu'il ait été observé avant les travaux modernes sur les maladies des centres nerveux; une altération aussi petite aurait-elle été découverte? N'est-ce pas là un de ces cas qu'il aurait été facile de prendre pour une *apoplexie nerveuse?*

(*La suite au prochain numéro*).

De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques (*observations recueillies dans le service de M. le professeur* Andral), *par* Max. Simon, *D. M. P.* (III.e partie.)

—

2.e Série. — *Effets des purgatifs dans les affections de l'appareil digestif.*

I.re Obs. — *Alternative de constipation et de dévoiement avec coliques.*—Une femme âgée de 54 ans, marchande des quatres-saisons, jouissant habituellement d'une bonne santé, et n'ayant éprouvé jusque-là, comme accidens qui doivent être notés, qu'une légère hémoptysie et une atteinte de rhumatisme, nous présente le 12 février la série des symptômes suivans : langue naturelle; soif, diminution d'appétit, bouche mauvaise, ventre ballonné, sonore autour de l'ombilic, mat suivant le trajet du colon; douleur développée par la pression sur les deux flancs; épigastre également douloureux; constipation qui a succédé à un dévoiement assez abondant, arrêté depuis plusieurs jours; pouls à 64; 36 respirations à la minute; sueurs la nuit, sans frisson ni chaleur initiales. Il n'y a que cinq six à jours que ces sueurs existent; elles paraissent se lier à l'exaspération des douleurs; elles ont au moins jusqu'ici coïncidé avec cette exaspération. Palpitations, étourdissemens. (Deux onces d'huile de ricin; deux pots de bouillon aux herbes; diète).

Le 13, nous notons que cette femme a eu des selles abondantes, bilieuses : la langue est naturelle, il y a moins de soif, l'appétit est développé, nulle douleur à la pression; soit à l'épigastre, soit dans le reste de l'abdomen, point de ballonnement: moins de douleurs de tête, point de palpitations, point d'étourdissemens; pouls à 60, nombre des respirations non compté : on permet le huitième de la portion. Le 14, il y a eu 4 ou 5 selles constituées par des matières jaunâtres, et sans coliques; rien autre chose d'anormal à signaler : le quart, puis la demi-portion sont permis, et supportés sans accidens : la malade sort le 17 en bonne santé, les selles étant redevenues naturelles.

Quelle est la nature de la maladie qui fait l'objet de cette observation? Cette question peut être posée, car le titre que nous lui avons donné ne traduit point la nature de l'affection, il signale seulement deux de ses symptômes les plus saillans : si nous faisons attention au peu de réaction que développait l'état des voies digestives chez cette malade, nous serons porté à penser que s'il y avait irritation de la muqueuse, cette irritation etait fort légère : d'un autre côté, si nous remarquons que tous les accidens cessent, dès que des selles abondantes ont été obtenues, nous ne pourrons guère douter que ces accidens ne dépendissent de l'accumulation des fèces dans le gros intestin.

Obs. IIe. — Le nommé Foret, couché au n° 11 de la salle Saint-Léon, y avait été traité d'une hémoptysie; il se disposait à sortir, tous les accidens aigus ayant disparu, quand le jour même où il allait quitter l'hopital, il fut pris d'un accès complet de fièvre intermittente qui ne se reproduisit point, mais qui fut remplacé par un mal de gorge assez intense et les symptômes d'un embarras gastrique : bouche amère, anorexie, épigastre et ventre indolens; pouls à 80. M. Andral prescrit 2 grains d'émétique et un pot de bouillon aux herbes. Il en résulte quatre selles sans coliques, et deux vomissemens : l'amertume de la bouche a disparu, langue normale, appétit, cessation complète du mal de gorge, le pouls est redescendu à 60. Le malade demeure encore quelques jours dans la salle, et nous avons pu nous assurer que cette guérison était aussi franche qu'elle avait été rapide.

Obs. IIIe — Une femme âgée de 28 ans, cardeuse de matelas, avait ses règles depuis deux jours, elles coulaient abondamment, quand elle apprit une nouvelle fâcheuse, qui fit sur elle une très-vive impression; c'en fut assez pour que celles-ci s'arrêtassent sur le champ. Peu de temps après cette impression brusque, étourdissemens violens, douleur épigastrique, vomissemens, soif ardente, abolition de l'appétit. Les vomissemens se calmèrent bientôt; mais le lendemain, les autres symptômes persistaient. De plus, frisson violent de deux

heures, suivi de chaleur vive et de sueur abondante, que nous pouvons constater encore ce matin, troisième jour de l'accident. Ce jour-là, 3 mars, nous trouvons la malade dans l'état suivant : langue humide, sans rougeur aucune, recouverte d'un enduit blanchâtre, et un peu collante ; anorexie complète, amertume de la bouche : point de vomissemens depuis hier ; douleur épigastrique augmentant à la pression ; le reste du ventre est indolent ; point de selles liquides ; céphalalgie vive. Le pouls, assez développé, donne 104 pulsations à la minute ; la peau chaude est couverte d'une sueur abondante. Aux joues, au col, à la poitrine, cette membrane présente de larges plaques rouges, irrégulièrement disposées, qui pâlissent sous la pression, pour reprendre rapidement leur couleur rouge, dès que celle-ci cesse. Dans cet état de choses, il était difficile de porter un diagnostic précis ; la fièvre intermittente reparaîtrait-elle, quelqu'organe interne s'affecterait-il spécialement avions-nous sous les yeux une affection aiguë de la peau ? Ces questions ne pouvaient être résolues. M. Andral, dans ce doute, s'en tient à la médecine expectante. Le 2, point de nouvel accès ; symptômes de pléthore, persistance du reste des autres accidens observés la veille. Le pouls toujours assez développé, donne encore 100 pulsations à la minute. Une saignée de 4 palettes est prescrite. Le 3, le pouls a diminué de fréquence, il est à 88. Sueur abondante toute la nuit ; céphalalgie moindre qu'hier ; même état des voies digestives. Deux grains d'émétique sont ordonnés ; ils provoquent plusieurs vomissemens de matières jaunes, amènent 1 et 2 selles. La langue est naturelle, l'amertume de la bouche a cessé, la douleur épigastrique est moindre ; le reste du ventre est complétement indolent ; point de céphalalgie, point d'étourdissemens ; le pouls bat 84 pulsations. Les plaques rouges, qui s'observaient encore hier sur toute la face, ont en grande partie disparu. Le 5, l'appétit est développé. Il n'y a plus de douleur à l'épigastre ; la malade mange le quart de la portion, qui est très-bien supporté ; elle sort le 6.

Dans ce cas encore, l'indication qui dominait toutes les autres était cet état pléthorique général que présentait la malade : la saignée ne fait qu'abattre cette pléthore. L'état des voies digestives n'est en rien modifié. Deux grains d'émétique sont alors prescrits ; la perturbation qui en résulte finit bientôt, et l'estomac revient à l'état normal. Remarquons bien que les vomissemens spontanés qui avaient eu lieu quelques jours avant l'administration de ce moyen, que la douleur épigastrique vive qui existait encore le jour même où l'on a eu recours à l'émétique, eussent été considérés à tort comme fondant une contre-indication à l'emploi de cet agent, puisqu'en même temps que les symptômes qui annonçaient l'état saburral des premières voies disparaissent, cette douleur disparaît elle-même.

Obs. V^e — *Angine extrêmement intense.* — Le nommé Buquet, âgé de 22 ans, boulanger, à Paris depuis deux mois, est très-sujet aux maux de gorge. Il fait remonter à cinq jours seulement sa maladie actuelle. Le fond de la gorge examiné, nous présente l'état suivant : le voile du palais est vivement injecté, en même temps que la luette est augmentée de volume ; les amygdales énormement tuméfiées, sont également le siége d'une rougeur très-intense. La déglutition, qui est de plus en plus douloureuse, est aujourd'hui impossible. La bouche est très-mauvaise ; point de nausées, point de douleur, soit à l'épigastre, soit dans le reste du ventre ; selles régulières. La voix est fortement nasale. Le pouls donne 104 pulsations à la minute, respiration à 22. M. Andral prescrit une once de sulfate de soude et un demi-grain d'émétique dans deux tasses de bouillon aux herbes. Ce purgatif détermine cinquante selles, composées de matières jaunes et liquides comme de l'eau. Ces selles n'ont été accompagnées d'aucune colique. Les amygdales sont toujours fortement tuméfiées ; la voix nous offre la même altération, mais le pouls est tombé à 76 ; le nombre de respiration reste le même qu'hier. Le ventre d'ailleurs, pressé dans tous les sens, ne présente aucun point douloureux. Le lendemain de cette évacuation abondante, le malade ne sent plus la moindre douleur dans l'acte de la déglutition, la voix a repris son timbre naturel. Rien du côté des voies digestives : l'appétit est revenu, il n'y a eu qu'une selle solide durant le dernier nyctéméron.

Il est de la plus haute importance de bien remarquer ici l'enchaînement des effets thérapeutiques : nous voyons en effet que le mouvement fébrile très-intense qui existait le jour où le purgatif fut administré, tombe immédiatement après l'action de ce médicament sur la muqueuse gastro-intestinale : comment se fait-il que cette fièvre disparaisse avant que l'hypérémie, ou peut-être l'inflammation des amygdales, ne cesse elle-même ? Est-ce que cette fièvre n'était point symptômatique de la maladie de l'arrière-bouche ? Si elle n'était point l'effet de cette lésion, qu'était-elle donc ? La discussion de cette question nous conduirait trop loin ; nous nous bornerons à faire remarquer que ce fait tend à confirmer l'opinion des médecins qui pensent que, dans plus d'un cas, la fièvre nait indépendante des lésions qui peuvent se développer durant son cours.

Obs V^e. *Embarras gastro-intestinal à la suite d'une pleurésie aiguë.* — Une femme, âgée de 66 ans, venait d'avoir une pleurésie aiguë qu'on avait heureusement combattue par la méthode antiphlogistique. Bien que durant tout le cours de cette pleurésie notre attention ait été et ait dû être fixée sur les organes thoraciques, la muqueuse gastro-intestinale n'était pourtant point dans l'état normal. Souvent la malade accusait des douleurs de ce côté. Nous avons plus d'une fois constaté que le ventre était tendu, chaud. La malade avait aussi accusé, pendant quelques jours, une chaleur insolite à la gorge. Quoiqu'il en soit, la pleurésie étant une fois terminée, la malade continuait d'avoir une fièvre intense. Comme on n'en trouvait point la raison du côté de l'appareil respiratoire, on a dû la chercher ailleurs. L'état du tube digestif put seul nous en rendre compte. Voici les symptômes qu'on observait de ce côté : langue pâle, couverte d'un enduit blanc, épais, bouche amère, rapports acides ; pesanteur à l'estomac après l'ingestion des bois-

sons ; ventre douloureux à la pression en divers points ; le pouls donnait 124 pulsations à la minute. M. Andral prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le lendemain, 16 février, la malade dit avoir rendu beaucoup de matières bilieuses très-liquides ; point de nausées: la langue est redevenue naturelle: l'amertume de la bouche a cessé ; point de soif ; appétit développé. On presse l'épigastre sans douleur. Les douleurs abdominales sont notablement diminuées; le pouls est descendu à 88.

Le 17, quelques douleurs fugitives ; cependant la malade mange le quart de la portion qui est bien supporté. Le 18, la demie ; le 19, elle sort rétablie.

Obs. VIe — Une femme, âgée de 26 ans, culottière, avait été contrainte, par l'état de misère dans lequel elle se trouvait depuis six mois, de se nourrir exclusivement de mauvais légumes. Sous l'influence de ce régime, bientôt dérangement des digestions. Vers la fin de mars, en même temps que la dyspepsie devint plus complète, elle se vit prise d'un érysipèle à la face qui, s'étant bientôt limité, n'entraîna aucun accident sérieux. Pourtant le gonflement, de la face, survivant à la desquamation, ne disparaissait que lentement ; en même temps céphalalgie forte, étourdissement, agitation durant la nuit. Le trouble des fonctions digestives allait en augmentant ; la langue était légèrement rouge à son extrémité et recouverte à son centre d'un enduit jaunâtre ; anorexie complète ; nausées ; constipation depuis huit jours. Le pouls bat 96 fois à la minute. (*Prescript.* : diète. 2 grains de tartre stibié).

Trois vomissemens composés de matières bilieuses ont lieu ; du reste, peu de changement dans l'état du malade. On prescrit le purgatif ordinaire ; il provoque six selles sans coliques. La céphalalgie, les étourdissemens, ont cessé ; les nausées, l'amertume de la bouche, l'enduit qui recouvrait la langue ont disparu. Appétit, bien être général ; le pouls diminue de fréquence, ne donne plus que 70 pulsat. par minute. Le malade sort bientôt.

Obs. VIIe. *Coliques avec constipation.*—Une blanchisseuse, âgée de 64 ans, n'est plus réglée depuis l'âge de 48 ans. A partir de ce moment, cette femme est devenue sujette à des sueurs qui ne paraissent point affecter une partie spéciale du corps. Elle a, de plus, régulièrement deux fois par mois, un dévoiement qui dure deux ou trois jours, et donne lieu à huit ou dix selles plus ou moins abondantes chaque fois, et qui d'ailleurs n'interrompt pas même l'appétit. Depuis trois ans, ce dévoiement est devenu un peu moins fréquent. Il y a dix-huit mois, il est devenu assez intense pour qu'elle ait cru devoir s'en occuper ; l'état dans lequel la malade s'offre aujourd'hui à notre examen est le suivant: Rien d'anormal n'est perçu du côté des organes thoraciques. Langue sèche et rouge à son centre et à sa pointe avec deux bandes blanches de chaque côté ; soif, anorexie depuis quatre jours. Le ventre, ballonné, est le siége d'une douleur vive qu'une pression assez légère augmente d'une manière notable ; cette douleur, qui existe surtout autour du nombril, descend jusqu'au pubis. Il y a constipation depuis cinq jours : la miction est douloureuse, principalement à la fin de l'émission du liquide. Le pouls donne 72 pulsations par minute ; il présente quelques irrégularités que rien d'appréciable ne saurait expliquer. La peau est couverte de sueur.

Cette malade est d'abord soumise au traitement antiphlogistique. On lui pratique une saignée, puis on fait une application de sangsues vers le ventre ; elle est mise aux tisanes adoucissantes et tenue à la diète. Elle demeure, sous l'influence de cette méthode, depuis le 22 février jusqu'au 2 mars. Pendant tout cet intervalle de temps, à peine observons-nous une remission légère des principaux symptômes, et qui disparaît bientôt pour faire place à une exaspération évidente de la maladie le 2 mars. Dans la nuit de ce jour-là, coliques très-vives, la malade se présente souvent à la garde-robe et ne rend que très-peu de matière. La langue est blanche, humide; la bouche est mauvaise. Point d'appétit ; nausées sans vomissemens. La douleur du ventre, qui siége aujourd'hui principalement vers les fausses côtes droites existe toujours. Le palper, aussi bien que la percussion, n'indiquent rien d'anormal à la région hépatique ; point d'ictère. Le pouls est à 88, la respiration à 24. Le purgatif ordinaire est prescrit.

Trois vomissemens abondans, dix selles copieuses, accompagnées de quelques légères coliques, ont lieu. La langue, toujours un peu blanchâtre, n'a rien perdu de son humidité. L'amertume de la bouche, les nausées, l'anorexie, ont cessé ; point de colique. Le ventre peut être impunément pressé dans tous les points ; le pouls est à 76, la respiration à 20.

Le lendemain, encore un léger ressentiment de douleur sous les fausses côtes droites ; mais nul autre accident. La malade mange successivement le quart, la demie, et sort en bonne santé.

Obs. VIIIe. — *Entérite aiguë.* — Un porteur-d'eau âgé de 26 ans, né à Paris et l'ayant toujours habité, a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a un mois : à cette époque, le lendemain d'un jour où il avait travaillé à la pluie, il fut pris de fatigue générale, de brisement des membres, l'appétit se perdit, du dévoiement se déclara; en même temps, toux peu fréquente, pas de point de côté, point de gêne sensible dans la respiration ; entré à l'Hôtel-Dieu peu de jours après le début de ces accidens, 15 sangsues furent appliquées à l'épigastre : et il fut tenu à la diète. Bientôt il sortit de cet hôpital, ne conservant plus que le sentiment d'une faiblesse assez grande. Il avait repris ses occupations, quand au bout de quelques jours, le 24 janvier, le dévoiement reparut ; le 28 du même mois nous voyons le malade, nous le trouvâmes dans l'état suivant; céphalalgie, sentiment d'une grande faiblesse, langue un peu rouge à la pointe, avec enduit jaunâtre léger à son centre ; soif vive, anorexie, bouche amère, ventre indolent à la pression dans toute son étendue ; depuis 3 ou 4 jours, 7 ou 8 selles durant chaque nycteméron ; pouls à 88, respiration à 24 ; sueurs toutes les nuits depuis quelque temps ; toux légère avec quelques crachats muqueux, léger râle sibilant en avant et à droite, respiration pure et forte dans tous les autres points de la poitrine. (*Prescription* : une once de sulfate de soude dans un pot d'eau d'orge, diète.) Le

28, il y a eu quelques nausées passagères qui peuvent être raisonnablement attribuées au dégoût que le malade témoigne pour le purgatif. Il y a eu d'ailleurs 5 selles abondantes jaunâtres : langue humide et un peu rouge à la pointe comme hier ; la soif a cessé, point d'amertume à la bouche ; pouls à 75, 20 respirations par minute. Le 29, il y a de l'appétit, une seule selle solide, la langue est encore un peu collante et toujours un peu rouge à sa pointe ; pouls à 72 ; on permet des alimens qui sont bien digérés ; le malade sort le 31, mangeant les trois quarts de la portion.

Un bon nombre des symptômes que nous offre ce malade appartiennent à la fièvre typhoïde ; et dans un grand nombre de cas, cette maladie n'a point de début sensiblement différent ; nous croyons pourtant devoir en excepter l'état du pouls, qui presque toujours peut-être a une plus grande fréquence. Quoi qu'il en soit, la rapidité avec laquelle la maladie de cet homme disparaît sous l'influence d'un purgatif salin, n'en est pas moins remarquable. Nous ne prétendons pas que d'autres médications, et entr'autres la méthode antiphlogistique, n'eussent tout aussi sûrement mis fin à cet état morbide ; mais, outre qu'il est permis de douter que la muqueuse gastro-intestinale fût aussi vite revenue à l'état normal sous l'empire de cette méthode, les émissions sanguines n'eussent-elles pas infailliblement ajouté à l'état de faiblesse que ce malade nous présentait.

Obs. IXe — Gallois, âgé de 32 ans, garçon marchand de vin, habitant Paris depuis 10 mois, est très-sujet à s'enrhumer ; rien d'appréciable cependant du côté de la poitrine. Mais outre ces rhumes fréquens, le malade est sujet depuis 7 ou 8 ans à des coliques dont l'intensité varie suivant des circonstances indéterminées ; ces coliques, qui durent ordinairement cinq ou six jours, s'accompagnent constamment d'une constipation opiniâtre, quelquefois avec ténesme, et se terminent toujours en même temps que paraît une diarrhée plus ou moins abondante. Il n'est point rare enfin, quand ces douleurs atteignent un haut degré de violence, qu'il survienne quelques vomissemens. Gallois ne porte point de hernie ; il y avait six mois que son mal, comme il l'appelle, ne l'avait point tourmenté, quand il y a deux jours il en fut pris. Aujourd'hui 27 juin, le malade se présente à notre observation dans l'état suivant : Point de céphalalgie, langue naturelle, vomissemens de temps en temps, un peu de soif, anorexie complète ; les coliques qui sont assez vives pour lui arracher des pleurs, ne viennent que de temps en temps, elles ont principalement leur siége autour du nombril, où elles lui font éprouver un sentiment de tortillement extrêmement pénible : suivant le dire de cet homme, jamais ces douleurs n'ont été aussi vives ; point de selles depuis deux jours, la pression de l'abdomen ne développe point de douleur, le pouls donne 60 pulsations à la minute, sa respiration facile en a 20. (*Prescript.* : une bouteille d'eau de Sedlitz, deux pots de bouillon aux herbes, deux bouillons).

Le 28, nous notons que le malade a eu quatre selles abondantes, composées de matières aqueuses jaunes ; le pouls est tombé de 60 à 44 pulsations. A partir de ce jour, pas la moindre douleur abdominale : mais la constipation a reparu au bout de deux ou trois jours ; on a d'abord essayé de la vaincre au moyen d'un lavement avec le miel de mercuriale, mais on a échoué ; on a eu recours à l'huile de ricin, qui a réussi : le pouls qui, à la réapparition de la constipation s'était élevé, est redescendu de nouveau à 44 pulsations, quand celle-ci a été vaincue.

Quand M. Andral a eu su que ce malade était sujet aux accidens qu'il nous présentait, et que chaque fois que ces accidens s'étaient développés, une diarrhée plus ou moins abondante se déclarait au bout de cinq ou six jours, qui mettait fin à ces accidens ; quand, dis-je, ce fait a été constaté, ne surgissait-il point de là une indication extrêmement importante, qu'il ne fallait point laisser échapper. Aussi bien s'est-on empressé de la saisir, et au grand avantage du malade, selon nous, car nous doutons que toute autre médication l'eût aussi vite et aussi complètement affranchi. Est-il besoin de faire remarquer encore ici la notable diminution de fréquence que subit le pouls après l'administration du purgatif, bien que cependant avant l'application de ce moyen il ne battit que 60 fois à la minute ?

Obs. X^e^. — La femme Savary, âgée de 50 ans, domestique, habitant Paris depuis 20 ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a quatre mois. A cette époque elle eut de violens chagrins, et sa santé se dérangea. Les principaux accidens qu'elle nous rappelle sont des vomissemens et de la diarrhée qui surviennent de temps en temps ; de la diminution d'appétit, des douleurs assez vives, qui tantôt existent à la région épigastrique, tantôt à l'hypogastre, tantôt dans le flanc droit ; en même temps malaise et faiblesse. Le 2 juillet, nous trouvons la malade dans l'état suivant : Sentiment d'une grande faiblesse ; brisement général des membres ; langue sèche couverte d'un enduit jaunâtre épais ; soif vive, amertume de la bouche ; anorexie complète ; douleur vive au creux de l'estomac, que la pression et les mouvemens augmentent ; ventre un peu ballonné, un peu de dévoiement ces jours derniers ; constipation depuis deux jours ; le pouls donne 88 pulsations, la respiration est à 28. Quelques frissons vagues par intervalle. Ce matin, pour la première fois, sueurs peu abondantes.

Vainement cet état morbide est attaqué par plusieurs applications de sangsues, les émolliens et la diète. Tous les symptômes persistent. Nous noterons même dès à présent, comme une chose digne de remarque, mais qui pourtant est loin d'être rare, qu'après la seconde application de sangsues (30) qui fut faite sur l'abdomen, le pouls est monté de 86 à 108 pulsations. L'inutilité de cette médication une fois bien constatée, M. Andral, passant par dessus les symptômes qui pouvaient fonder une contr'indication à l'emploi d'un émétique, a recours à ce moyen. Il prescrit à la malade deux grains de tartre stibié. Il en résulte des vomissemens abondans de matières vertes, porracées. Immédiatement après ces vomissemens, trente selles ont lieu : sueurs très-abondantes depuis cette violente perturbation : en même

emps abaissement de la température de la peau qui, ce matin, est encore fraîche ; le pouls, ce jour là, est augmenté d'un peu de fréquence ; de 92 il est monté à 100. Dans le reste des symptômes, amélioration notable. Mais, dès le lendemain, rien ne rappelle déjà plus la forte perturbation de la veille. Sentiment vif d'appétit ; la langue est presque dans son état naturel ; bouche fraîche, suivant l'expression de la malade ; la douleur, peu vive, n'existe plus qu'à la pression ; la peau présente une douce température ; le pouls n'est plus qu'à 80. Le 18, il baisse encore et ne bat plus que 65 fois. Des alimens sont accordés.

Dans ce cas, le traitement qui, après l'inutilité de la méthode antiphlogistique a si complètement réussi, ne nous montre-t-il pas évidemment que ce n'était point à une gastro-entérite, au moins à une gastro-entérite simple, que nous avons eu affaire. Comment comprendre, en effet, qu'une aussi violente perturbation n'eût pas exaspéré l'inflammation dont, dans cette hypothèse, la membrane muqueuse gastro-intestinale était le siége? Cependant nous devons à la vérité de dire que nous avons vu plus d'un cas tout-à-fait semblable à celui qui fait le sujet de cette observation, et où la méthode antiphlogistique se montrait toute puissante. Malgré les analogies qui peuvent rapprocher ces cas, force nous est bien cependant de les distinguer, puisque cette distinction implique une si fondamentale différence dans le traitement.

Obs. XIe.—Boquet, âgé de 17 ans, cotonnier, est malade depuis cinq jours seulement : au début, frissons vagues ; violens, qui se sont montrés à différentes reprises : en même temps, sentiment d'une grande faiblesse, courbature, étourdissemens, céphalalgie vive, insomnie, perte complète d'appétit. Pour remonter ses forces, le malade veut manger, et rejette tout ce qu'il prend : point de douleur de ventre, point de selles depuis cinq jours; hier pour la première fois une épistaxis assez abondante. Telle est la série des symptômes que ce jeune malade a éprouvés depuis le début de son affection. Nous l'observons pour la première fois le 11 octobre, il nous présente l'état suivant : tous les symptômes précédens persistent ; nous noterons de plus que la face est un peu injectée et comme surexcitée ; il y a un peu d'enchifrénement ; nouvelle épistaxis le matin. La langue est couverte d'un enduit blanc peu épais ; à peine si la pointe présente quelques papilles rouges, tuméfiées. Soif vive, bouche très-mauvaise ; point de ballonnement, point de taches typhoïdes. Le ventre est complètement indolent à la pression, pas de selles ; toux rare, respiration pure dans tous les points de la poitrine. La parole est nette et ferme, l'intelligence saisit rapidement les questions posées. La peau est le siége d'une chaleur vive ; le pouls donne 116 pulsations. (Une bouteille d'eau de Sedlitz ; eau d'orge ; diète).

Le 12, deux selles liquides ont eu lieu ; la bouche a perdu son amertume, la langue est humide, il y a moins de soif, et le malade accuse de l'appétit ; la pression exercée à l'épigastre et dans le reste du ventre ne développe aucune douleur. Point de ballonnement d'ailleurs, point de taches plus qu'hier. Etourdissemens moindres, absence de céphalalgie, persistance de la faiblesse. Le pouls est tombé à 98.

Le 13, ce mieux se soutient ; il y a du sommeil, une épistaxis abondante a eu lieu ; il ne reste plus que la faiblesse comme symptôme qui mérite d'être noté. La décroissance du pouls continue ; il ne bat plus aujourd'hui que 84 fois.

Le 15, le malade sort, toujours un peu faible, mais beaucoup moins qu'il ne l'était, après avoir mangé hier la demi-portion qu'il a parfaitement supportée.

Je ne crois pas que dans l'état actuel de la science il y ait un seul praticien qui eût hésité à déclarer que ce malade ne présentât les premiers symptômes d'une fièvre typhoïde. L'occasion était très-favorable pour expérimenter une méthode de traitement tant vantée dans ces derniers temps, c'est à savoir l'emploi des minoratifs. M. Andral prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz. Nous avons vu plus haut ce qu'il en était résulté, et, nous devons le dire, à notre grand étonnement. Nous ne conclurons cependant encore rien de ce fait relativement à la fièvre typhoïde; nous nous bornerons à le signaler au lecteur.

Les observations que nous venons de rapporter ne sont point les seules que nous ayons entre nos mains, mais force nous est de nous borner. Notre but, dans ce mémoire, n'est point, comme nous l'avons déjà dit, de discuter les nombreuses questions qui surgissent à propos de ces faits ; nous voulons surtout appeler l'attention des observateurs sur un point de thérapeutique que nous croyons important ; c'est pourquoi nous nous bornons à exposer, des observations que nous avons entre les mains, celles qui sont les plus propres à nous conduire à ce résultat, celles où les agens qui sont l'objet de ces études amènent les effets les plus tranchés. C'est encore ainsi que nous nous proposons d'en agir dans la troisième série de faits qu'il nous reste a rapporter.

3e Série. — *Observations relatives à divers états morbides du système nerveux.*

Dans les maladies du système nerveux, comme dans celles des autres appareils, quoique moins souvent, des indications peuvent se rencontrer que la médication purgative remplit heureusement. Nous n'avons par devers nous que peu de faits à cet égard, mais quelque peu nombreux que seront ces faits, nous croyons qu'ils suffiront pour montrer que les centres nerveux ne sont point placés hors du cercle de l'influence puissante que les purgatifs sont appelés à exercer sur l'économie.

Obs. XIIe. — *Erysipèle à la face à sa terminaison ; érysipèle du cuir-chevelu en pleine acuité; délire.* — Un tailleur, âgé de 21 ans, à Paris depuis un mois seulement, a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois mois : à partir de cette époque, ses digestions se sont troublées, et la peau s'est couverte d'une éruption de nature indéterminée, qui a paru et disparu alternati-

vement. Il y a huit jours, ce jeune homme se portant déjà ainsi assez mal fut pris d'une fièvre violente, et bientôt un érysipèle apparut à la face. Aujourd'hui 29, nous trouvons le malade dans l'état suivant : la peau de la face est en complète desquamation ; mais en examinant le cuir-chevelu, on le trouve tuméfié, douloureux dans une très-grande étendue : en même temps céphalalgie frontale vive qui augmente au moindre mouvement : délire hier soir, et qui a duré toute la nuit. Ce matin intelligence saine, quelques bourdonnemens d'oreilles, pupilles de dilatation ordinaire; langue sèche et rouge sans enduit particulier ; soif, anorexie ; ni nausées, ni vomissemens. Ces deux derniers symptômes n'ont existé à aucune époque de la maladie. Ventre indolent dans tous les points, légèrement ballonné; constipation; aucune tache rosée lenticulaire; point de toux; respiration pure à 36, pouls à 128 ; peau chaude, halitueuse. (Boissons adouc. ; diète ; saignée).

1er décembre, le délire a augmenté d'intensité et de durée ; il a existé tout le jour et toute la nuit : le cuir-chevelu est toujours sensible ; pouls comme hier. (Mixt. avec huile de ricin et de sirop de limon, aà ℥ j ; diète). Ce léger minoratif détermine huit selles ; le pouls est tombé à 104 ; point de délire. Ce matin l'intelligence est nette.

Le 5, le délire n'a point reparu, bien que le cuir-chevelu continue à être toujours un peu sensible ; le pouls ne bat plus que 84 fois par minute.

Cette observation nous présente deux choses importantes à noter ; à savoir, d'une part, la complète inutilité d'une émission sanguine pour diminuer la réaction d'un érysipèle du cuir-chevelu sur l'encéphale, et faire cesser le délire résultat de cette réaction ; et, d'autre part, la rapidité avec laquelle les effets de cette réaction funeste disparaissent, aussitôt qu'une révulsion est déterminée sur le tube digestif. Peut-on attribuer à cette perturbation artificielle la cessation des symptômes graves offerts par le malade : ou bien la cessation de ces symptômes doit-elle s'expliquer tout naturellement par la décroissance normale de l'inflammation érysipélateuse du cuir-chevelu ? Nous ne savons pas d'effet thérapeutique dont, à l'aide de ce dernier raisonnement, on ne put attaquer la légitimité. Toutefois nous savons bien aussi que malheureusement pour notre art, bien souvent cette objection est si fondée, que force nous est souvent de douter de la toute-puissance de nos moyens curatifs. Ici cependant nous croyons qu'il serait assez difficile d'affirmer qu'il n'y a eu aucun rapport entre ces deux phénomènes. En effet, dans la plupart de nos observations nous avons vu le pouls diminuer notablement de fréquence, immédiatement après l'emploi des purgatifs ? Eh bien ! ici qu'avons-nous remarqué après l'emploi de l'huile de ricin ? Un notable abaissement des pulsations artérielles, et la cessation simultanée du délire. Le lien qui, d'après cela, semble unir les deux phénomènes, ne serait il donc qu'apparent ?

Obs. XIIIe. — Une femme âgée de 33 ans, journalière, habitant Paris depuis six mois seulement, est sujette depuis long-temps à s'enrhumer : elle a eu dans sa vie plusieurs hémoptysies abondantes, bien qu'à l'auscultation et à la percussion on ne trouve rien d'anormal du côté des organes thoraciques : une nouvelle hémoptysie n'a fini qu'il y a trois jours ; depuis ce temps la malade est en proie à une céphalalgie occipitale violente ; en même temps étourdissement, insomnie ; douleurs parfois assez vives dans la continuité du bras droit ; rien à noter d'ailleurs du côté des voies digestives. M. Andral fait pratiquer à la malade une saignée abondante qui détermine une syncope, et n'a aucune influence appréciable sur la congestion cérébrale à laquelle semblent se lier les symptômes que nous venons de signaler, et qui persistent avec leur intensité première. Deux onces d'huile de ricin son prescrites dans une tasse de bouillon aux herbes. Ce purgatif provoque dix selles qu'accompagnent quelques coliques fort légères. La céphalalgie a perdu beaucoup de son intensité ; il n'est plus question d'étourdissemens ni de bourdonnemens d'oreilles. Les jours suivans, ces accidens ne se rencontrent point davantage ; la céphalalgie est encore signalée de temps en temps, mais bien moins vive qu'elle ne l'était lors de l'entrée de la malade à la Pitié.

Ici encore une saignée générale échoue, a fait cesser un état morbide que la théorie fait consister dans un afflux de sang plus considérable que dans l'état normal, vers l'organe affecté, et les fonctions troublées rentrent dans l'ordre aussitôt qu'une assez forte stimulation a été imprimée à la muqueuse intestinale. C'est à la suite d'une hémorrhagie que le cerveau, chez cette femme, est devenu malade : la nature des conditions au milieu desquelles le mal s'était développé, pouvait-elle faire prévoir que la soustraction d'une certaine quantité de sang serait impuissante à le faire disparaître ? Cette question serait difficile à résoudre.

Obs. XIVe. — Un porteur d'eau, âgé de 50 ans, a eu souvent des douleurs dans la poitrine, il en précise le siége à la région précordiale. Ces douleurs ont été assez violentes plusieurs fois pour qu'il ait dû garder le lit. Après avoir ainsi souffert pendant assez long-temps, sans éprouver d'altération durable dans la santé, il devint peu-à-peu sujet à des palpitations, et la respiration perdit de son étendue. Ces divers accidens ne l'empêchent point de travailler. Cependant, le 4 décembre, après s'être refroidi, il fut pris de douleur à l'oreille droite qui, en même temps, devint le siége de sifflemens incommodes, puis de surdité incomplète. Bientôt céphalalgie frontale forte, étourdissemens, courbature et sentiment d'une grande faiblesse. Le jour où le malade entre à la Pitié, les symptômes précédens persistent. Le pouls est à 64, régulier, assez dur ; son mat à la région du cœur dans une étendue plus grande que dans l'état normal. Impulsion notable des battemens, qui ne s'entendent qu'à la région précordiale et au bas du sternum. Respiration pure. Rien du côté des voies digestives. On pratique une saignée au malade, et à part la céphalalgie qui a disparu, l'ensemble des symptômes demeure le même. Il y a même eu de délire la nuit. (12 grains de calomel.) Il en résulte

eux selles que quelques légères coliques ont précé-
ées. Les étourdissemens ont disparu, les bourdonne-
ens d'oreilles sont moindres ; l'ouïe est meilleure ; la
uit a été calme ; le pouls bat 56 fois. Le malade sort
u bout de quelques jours dans un état complet de
anté.

Si nous jugeons de l'intensité de la révulsion, d'après
e nombre de selles obtenues, nous serons porté à penser
ue cette révulsion a été peu forte. Nous voyons cepen-
ant, sous son influence, s'améliorer d'une manière no-
able l'état du malade. Ce fait est d'autant plus remar-
uable que, dans ce cas, la congestion cérébrale paraît
ous la dépendance d'un état d'hypertrophie assez pro-
oncée de l'organe central de la circulation. Puisque
ous parlons de cet organe, nous est-il permis de faire
bserver en passant que l'hypertrophie du cœur, dont
et homme est atteint, semble avoir succédé assez évi-
emment à un travail d'irritation dont le péricarde pa-
aît avoir été plusieurs fois le siége. Nous notons ce fait,
arce que cette cause d'hypertrophie, admise par M. le
rofesseur Andral, a été niée à tort par un très-bon ob-
ervateur, M. Louis.

Obs. XVe. — Évrat, âgé de 16 ans, né à Thionville,
arçon-tailleur, est à Paris depuis trois ans. L'habitude
e la masturbation, des migraines fréquentes, sont deux
onditions que nous présente ce jeune homme, et qui
eut-être ne sont point complétement étrangères au dé-
eloppement de la maladie dont il est atteint, la cho-
ée. Toutefois la circonstance qui paraît avoir eu sur
apparition de son mal, l'influence la moins douteuse,
st une violente émotion morale qui résulta pour lui
'une discussion vive qu'il eut avec son maître. C'est en
ffet deux ou trois jours après cette discussion, que les
remiers symptômes de la maladie apparurent. Le ma-
ade s'aperçut à cette époque qu'il avait perdu son em-
ire habituel sur les mouvemens de ses membres, qui,
algré lui, se jettaient çà et là ; en marchant, il chan-
elait comme un homme ivre ; il dut dès-lors renoncer
son travail, dans l'impossibilité absolue où il était
e diriger l'aiguille pour coudre. Du reste, rien à no-
er du côté des centres nerveux. Aujourd'hui 10 octo-
re, troisième mois de la maladie, ce que ce jeune
omme nous présente de plus remarquable, c'est un bé-
aiement partiel, résultat de la difficulté extrême qu'il
à prononcer les mots dans la composition desquels se
rouvent placées les lettres S et C. Les mouvemens sont
oins désordonnés qu'ils ne l'étaient au début de la ma-
adie, toutefois il s'en faut bien qu'ils aient leur rythme
ormal. Si le malade, supposant qu'il veut coudre, fait
es mouvemens que nécessite cette action, le bras actif
st jetté plutôt que conduit par la volonté. Quand le
alade parle, il y a dans la physionomie, voire même
ans toute son habitude extérieure, quelque chose de
onvulsif, de saccadé. Le pouls donne 68 pulsations à la
inute, la respiration est à 20. Les voies digestives sont
aines. (Huile de ricin ℥ ij).

Ce purgatif détermine quatre selles sans colique au-
une. Le pouls est à 60. Le malade, interrogé sur son
tat depuis la purgation, dit qu'il lui semble qu'il est
plus maître de ses mouvemens ; le lendemain il l'affirme,
et les jours suivans, M. Andral, les divers élèves qui
suivent habituellement la visite de ce professeur, tout
le monde s'accorde à dire qu'il y a un mieux évident
dans la coordination des mouvemens volontaires. Le ma-
lade quitte l'hospice, avec l'intention bien formelle de
reprendre ses occupations, ce qui démontre la convic-
tion où il est de l'amélioration qu'à subie son état.

Combattre la chorée par les purgatifs n'est point chose
nouvelle, comme chacun sait ; cette maladie est même
une de celles dans lesquelles le docteur Hamilton a le
plus exalté la puissance de la révulsion intestinale. Bien
que dans le livre de ce médecin, dont nous avons déjà
parlé, on lise un bon nombre d'observations de chorée
où cette méthode thérapeutique obtient des succès dif-
ficilement contestables, cependant quand en France
cette névrose se présente à l'observation, on voit encore
la plupart des praticiens hésiter à y avoir recours. Il
nous semble que, dans le cas que nous venons de rap-
porter, la médication purgative s'est montrée assez évi-
demment efficace.

Là finissent nos observations : quoiqu'elles soient beau-
coup trop peu nombreuses, si l'on considère l'impor-
tance et l'étendue tout à-la-fois de la question théra-
peutique que nous nous sommes posée dans ce travail ;
nous croyons cependant que vu le soin que nous avons
eu de n'exposer, de tous les faits que nous avons par de-
vers nous, que ceux où la médication purgative montre une
efficacité demontrée, nous croyons, disons-nous, que ces
observations sont dignes de fixer l'attention des prati-
ciens. Nous allons terminer par un résumé rapide, qui
place sous les yeux du lecteur l'ensemble des faits que
nous avons successivement rapportés. Ces faits sont les
suivans : 1re *série ;* bronchite aiguë : plusieurs cas de
bronchite chronique, compliqués d'emphysème pulmo-
naire et d'hypertrophie du cœur ; un cas de pleurody-
nie ; un cas de péritonite circonscrite, que nous avons
placé dans cette série, à cause de la gêne considérable
de respiration qu'elle avait entraînée ; enfin un cas de
laryngite chronique. — 2e *série ;* deux cas dans lesquels
les symptômes abdominaux étaient une diarrhée et une
constipation alternatives, avec vives coliques ; deux cas
d'angine avec embarras gastrique ; trois cas d'embarras
gastrique avec diverses formes symptômatiques ; deux
cas de constipation avec coliques intenses ; deux cas
d'embarras gastro-intestinal, un cas d'entérite. Enfin
dans notre troisième série, nous avons un cas d'érysi-
pèle du cuir-chevelu avec délire : deux cas de congestion
cérébrale, un cas de chorée, et enfin un cas de gastro-
entérite que nous aurions pu placer dans notre deuxième
série, mais que nous avons rejeté ici à cause de la
nature des symptômes généraux offerts par le ma-
lade.

Tel est le tableau varié des nombreux états morbides
auxquels nous voyons chaque jour M. le professeur An-
dral opposer avec succès la méthode de la révulsion par
les purgatifs. Si quelqu'un lit avec quelqu'attention ce
mémoire, il s'apercevra aisément du vague que présente
dans plus d'un cas la dénomination par laquelle nous

avons désigné la maladie. La raison en est que bien souvent dans l'état actuel de la science, un diagnostic précis est impossible. Empruntant au chef de l'école physiologique sa nomenclature, nous aurions pu nous servir d'une terminologie plus sévère, en apparence au moins; mais en vérité le pouvions-nous? Pouvions-nous, par exemple, donner le nom de gastrite ou de gastro-entérite à des états morbides que nous avons vu disparaître sous l'influence d'une perturbation quelquefois si violente imprimée au tube digestif? Nous ne prétendons pourtant pas que dans ces divers cas la muqueuse gastro-intestinale fût toujours exempt d'irritation; mais alors force nous est bien de convenir que cette irritation n'est point l'unique élément de la maladie: car peut-on prétendre raisonnablement à assimiler deux états morbides, dont l'un s'exaspère infailliblement sous l'influence d'une médication, tandis que l'autre disparaît sous cette même influence? Du reste, comme nous avons assez longuement tracé chacune des observations, nous sommes sûrs que nous serons bien compris. Maintenant il ne nous reste plus qu'à formuler rapidement quelques-unes des conséquences auxquelles ce travail nous semble conduire.

1° Il est incontestable que la bronchite chronique s'amende sous l'influence des purgatifs. Nous avons cité des cas où, sous l'influence de cette médication, cet état morbide de la muqueuse bronchique a complétement disparu. Quand cette maladie, ayant jetté de profondes racines dans les tissus, ne disparaît pas complétement, on voit en général cependant diminuer le mouvement fébrile, l'oppression disparaître, et l'expectoration perdre de son abondance, en même temps que sous l'influence de la révulsion intestinale, un flux plus ou moins abondant a lieu.

2° Si une bronchite chronique passe momentanément à l'état aigu, la même médication peut être tentée dans la vue de ramener au moins la maladie à son état primitif.

3° Quand on a à combattre une laryngite chronique non symptômatique de tubercules pulmonaires, on peut, avec quelques chances de succès, l'attaquer par la méthode de la révulsion interne. Dans le cas contraire, nous croyons qu'il ne serait point prudent de stimuler une muqueuse qui alors est si disposée à l'ulcération par la nature de la diathèse qui pèse sur l'économie.

4° L'angine tonsillaire, compliquée d'embarras gastrique, peut, dans certains cas, disparaître avec une rapidité merveilleuse sous l'influence du même traitement.

5° Plusieurs états morbides de l'estomac ou des intestins, connus sous les noms de dyspepsie, embarras gastrique, embarras intestinal, embarras gastro-intestinal, de coliques nerveuses, etc., avec ou sans fièvre, avec réaction plus ou moins forte sur le reste de l'économie, sont combattus avec succès par les purgatifs. C'est même, nous devons le dire, dans ces divers états morbides que cette médication se montre surtout efficace.

6° Divers états morbides primitifs ou secondaires du cerveau peuvent encore disparaître par le bénéfice de la même médication.

7° Enfin nous rappellerons ici une conséquence très-remarquable que nous avons déjà indiquée dans la première partie de ce mémoire, c'est que dans l'immense majorité des cas où l'on a recours à la médication purgative, l'on voit la fièvre diminuer d'intensité, sinon disparaître; que si l'on emploie cette médication dans des états morbides apyrétiques, il n'est pas rare, dans les cas même où le pouls n'a point de fréquence anormale, de voir le nombre des pulsations artérielles diminuer cependant encore.

On peut voir dans le cours de nos observations plusieurs de ces cas : nous signalons ce fait à l'attention des observateurs, parce que si dans des expériences tentées sur une plus large échelle cette propriété des purgatifs venait à être confirmée, cette donnée jeterait peut-être quelque lumière sur le mode d'action de ces agens, lorsqu'on les emploie pour combattre les maladies. On sait que Tommasini et Rasori rangent les purgatifs au nombre des médicamens qu'ils appellent contro-stimulans : en vérité, en face de plus d'un des cas que nous avons rapportés, les idées des médecins italiens pourraient être soutenues.

Nous ne chercherons point à pénétrer ici le mode d'influence que les purgatifs exercent sur l'économie; nous croyons que c'est là une question de thérapeutique des plus difficiles à résoudre. On ne peut guère faire autre chose à cet égard dans l'état actuel de la science, que d'émettre des opinions, déductions plus ou moins logiques d'un plus ou moins grand nombre de faits. Les considérer dans tous les cas comme agens de révulsion, c'est certainement bien souvent donner une interprétation fausse de leur mode d'action : nous citerons en témoignage de la vérité de cette dernière assertion, la plupart des faits qui composent notre deuxième série d'observations. Réhabilitant la théorie de Stoll et les vues systématiques plus modernes et en apparence plus physiologiques de M. Prost, voudrait-on tenter d'expliquer leur efficacité, en disant qu'ils exercent sur le tube digestif une action simplement évacuante, mais alors c'est faire dépendre plusieurs groupes symptomatiques, de lésions dont l'observation est loin de démontrer l'existence, dans tous les cas où l'on voit ces agens obtenir un succès évident. C'est au reste cette théorie que, dans ces derniers temps, ont voulu faire revivre à propos des fièvres graves, MM. Delaroque et Piedagnel. Nous doutons qu'ils réussissent; pourtant les résultats auxquels ils sont parvenus nous paraissent dignes de la plus sérieuse attention. Dans une question aussi obscure, nous ne croyons pas pouvoir mieux terminer qu'en citant le passage suivant de notre savant maître M. le professeur Andral : « Peut-être comprendrait-on mieux les avantages des vomitifs et des purgatifs, si au lieu de ne considérer que leur action locale sur le tube digestif, on réfléchissait aux modifications puissantes qu'ils impriment à beaucoup d'autres organes, et surtout aux agens d'un grand nombre de sécrétions, i

ceux de la circulation et de la respiration, et enfin aux centres nerveux. Les agens émétiques et les purgatifs seraient donc à nos yeux des moyens perturbateurs énergiques, qui changeant simultanément la manière d'être d'un grand nombre d'actes vitaux, produiraient dans l'économie une brusque modification qui, suivant les cas indiqués par l'expérience, serait elle-même salutaire ou nuisible. » (*Clinique médicale*, 3e édition, t. Ier, p. 686).

La question par là n'est point résolue, mais elle est posée d'une manière plus large qu'on ne l'avait fait jusqu'alors : et si on la résout du haut de ce point de vue, la solution en sera certainement plus complète.

MÉDECINE ÉTRANGERE.

—

Choix d'observations publiées par la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg (1).

Section première.—*Affections du système nerveux.* (2).

Obs. Ire.—*Ossification et sécheresse remarquable des membranes du cerveau; ramollissement de la substance cérébrale; caillots sanguins multiples dans la même substance; état particulier du sang dans l'appareil veineux encéphalique;* par Alexander Hood.—Agnés Buchan, âgée de 28 ans, sobre, active prenant très-peu d'exercice, faisant le repas du matin et celui du soir avec du thé, du pain et du beurre, dinant fort légèrement depuis plusieurs années, éprouva, en octobre 1827, des palpitations qui persistèrent à des degrés variables d'intensité jusqu'en janvier 1828, où elles disparurent en grande partie. Depuis cette époque jusqu'au mois de mai, elle jouit d'une assez bonne santé, quoique délicate et nerveuse. Les règles paraissaient régulièrement. Le 24 mai, ayant ses règles, elle fit vingt-quatre milles à pied sans inconvéniens. Le 26, elle s'occupa avec ardeur à nettoyer une chambre, à laver les rideaux d'un lit, à les étendre, etc. Le 27, stupeur; confusion dans les idées; perte de mémoire. Le 28, légère attaque d'épilepsie; nausées; oppression; vomissemens fréquens. Le 29, quelques vomissemens; palpitations parfois très-pénibles; idées confuses; douleur violente en arrière du cou, mais surtout à la partie supérieure et postérieure de la tête; pouls à 72; visage pâle, presque exsangue; constipation. (La tête ayant été rasée, on appliqua huit ou dix sangsues sur la partie douloureuse; la malade prit une once d'huile de ricin qui fut rejetée). Le Ier juin, palpitations, prostration; constipation. Le 2, la malade prit deux onces de solution de sulfate de magnésie, avec addition de huit grains de sulfate de fer; peu de temps après, les vomissemens recommencèrent, et firent rendre par fois un peu de bile. (Application, sur l'épigastre, de whisky avec du poivre; potion calmante pour le soir). Le 3, retour des vomissemens; pouls à 72. (Poudre de Sedlitz; lavement qui amène quelques matières noirâtres). Comme elle venait de rendre cette selle, la malade voulant se relever se trouva paralysée du bras et de la jambe droite. Dans l'après-midi, plusieurs attaques de mouvemens convulsifs, incohérence dans les idées; visage pâle; yeux égarés; pouls à 110, plein et fort. (Saignée de seize onces; dix sangsues à la tête). Dans la nuit, attaques convulsives ou épileptiformes très-fréquentes qui épuisent la malade. Mort le 4, vers le milieu du jour.

Autopsie. — En incisant les tégumens pour séparer la voûte du crâne, il ne s'écoula pas une goutte de sang; pas un seul vaisseau sanguin ne fut visible. Le crâne avait une épaisseur normale. Près de la région frontale, à droite, on observa une petite tumeur osseuse tenant à la table externe de l'os, ressemblant pour la forme à la moitié d'un pois, mais un peu plus volumineuse. En dedans du crâne, un peu au-devant de l'origine de la suture lambdoïde, et de chaque côté du sinus longitudinal, existaient des pointes osseuses longues d'un demi-pouce, larges d'un tiers de pouce. Le sinus était complètement rempli par un caillot sanguin très-dur, et ce vaisseaux coupé en travers ressemblait à un boudin formé avec du sang cuit. Sur l'hémisphère gauche, immédiatement au-dessous et en arrière de la suture coronale, les vaisseau des méninges étaient distendus par du sang caillé et tellement résistant, qu'après avoir coupé ces vaisseaux on ne pouvait l'en faire sortir par la pression. Il fallut ouvrir les veines suivant leur longueur pour examiner le caillot. Vers le milieu du lobe gauche, près de l'endroit où la faux du cerveau sépare les deux hémisphères, on trouva dans la substance cérébrale un caillot sanguin, de la grosseur d'une petite fève. A deux pouces et demi plus en arrière, presqu'au dessous de la portion ossifiée du sinus, et toujours dans l'hémisphère gauche, la substance cérébrale était ramollie et offrait plusieurs caillots de la grosseur d'un pois. Dans cette dissection du cerveau, on n'aperçut pas une goutte de sérosité ni de lymphe, et à peine remarqua-t-on une goutte de sang liquide. Ici s'arrêta l'autopsie.

Obs. IIe.—*Tumeur de la portion pétreuse de l'os temporal; abcès de la surface antérieure du cervelet; ramollissement de la protubérance annulaire et de la moelle alongée;* par le docteur Beilby. — Un homme, âgé de 31 ans, qui avait joui d'une excellente santé, éprouva en mars 1830, de la douleur dans l'oreille droite. Il s'en écoula bientôt une matière purulente, et

---

(1) *The Edinb. med. and chir. Journ.* Octobre 1834.

(2) Outre l'intérêt que présente ce mémoire sous le rapport pathologique, un autre motif nous a fait saisir l'occasion de le réunir dans le même numéro à celui que nous a donné le chef de clinique de M. Rostan : il sera curieux et utile de voir comment les mêmes maladies sont comprises et traitées dans l'école de Paris et dans celle d'Edimbourg, par les professeurs qu'on peut en regarder comme les représentans.

la douleur disparut, mais pour revenir par intervalles et avec beaucoup de violence pendant quelque temps. En juin, l'oreille, qui n'avait pas cessé de couler, devint le siége d'une douleur vive et constante, et l'écoulement s'arrêta. Alors le malade commença à ressentir de grandes souffrances dans la tête, pour lesquelles il prit beaucoup de médicamens, particulièrement du mercure. L'écoulement se manifesta de nouveau, et on remarqua alors une grande diminution de la douleur. Depuis ce moment, céphalalgie fréquente, variable pour l'intensité et le siége, tantôt principalement à la partie postérieure de la tête, tantôt au-dessus des yeux, mais plus fréquemment a droite. Suivant le malade, la douleur semblait se diriger de l'oreille vers le sommet de la tête. Il arrivait quelquefois qu'elle cessait sans cause connue, et qu'elle était deux ou trois semaines sans reparaître. Je vis le malade pour la première fois au commencement de décembre 1833. A cette époque, céphalalgie violente; bruits dans l'oreille droite; surdité assez prononcée de la même oreille. Les sangsues, les vésicatoires et les purgatifs ne produisirent aucun effet. Le 23 janvier, on trouva le malade étendu sur le plancher de sa chambre à coucher, dans un état de stupeur. Tiré avec beaucoup de peine de cet état, il dit qu'il était tombé de son lit, mais il ne put donner aucun récit intelligible. Confusion des idées; parole peu distincte. La tendance au coma était presque irrésistible; le malade ayant été relevé, accusa une vive douleur de la tête. Il mourut le lendemain.

Examen nécroscopique de la tête — La surface du cerveau était sèche. Les ventricules latéraux contenaient une once et demie à deux onces de sérosité. Les parois de ces ventricules, le *septum lucidum* et la voûte étaient ramollis. Au sommet de la portion pétreuse du temporal existait une tumeur solide de la grosseur d'une petite fève, qui semblait naître du tissu osseux; elle était enveloppée par la substance cérébrale à laquelle elle était unie; on ne put la séparer du crâne qu'en déchirant sa partie adhérente. A la surface antérieure du cervelet était un vaste abcès renfermant un pus analogue au pus scrofuleux, intéressant les deux hémisphères, en enveloppant les deux jambes du cerveau. La portion contiguë de la protubérance annulaire et la moelle alongée étaient ramollies.

Lorsque je vis ce malade pour la première fois, je n'hésitai point à penser que le cerveau était profondément altéré; mais l'inefficacité complète des moyens thérapeutiques employés, la rémission entière des douleurs pendant plusieurs semaines sans traitement, l'inconstance de la douleur sous le rapport de son siége, car le malade la rapportait souvent à certaines parties du visage ou de la tête, particulièrement à un point situé un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil droit, à l'aile du nez du même côté, et quelquefois à la symphyse du menton, toutes ces circonstances, dis-je, me firent croire que la maladie pourrait bien être une névralgie, et que l'abcès de l'oreille n'était peut-être pas lié à une altération profonde. En effet, la douleur disparut sous l'influence de la quinine à hautes doses; mais elle revint, et ce médicament échoua. Je prescrivis alors la solution de Fowler, pendant l'administration de laquelle il y eut une rémission complète; mais ce moyen échoua également contre une nouvelle récidive.

Obs. IIIe. — *Inflammation et suppuration de l'oreille interne se propageant à la dure-mère;* par William Brown. — James Johnston, âgé de 14 ans, garçon robuste, mais sujet à des écoulemens purulens de l'oreille, éprouva de la douleur dans l'oreille droite et vomit une ou deux fois le 12 janvier 1834. Il continua d'aller à l'école jusqu'au 15; mais la douleur persista, et sa figure prit l'expression de la distraction et de la stupidité. Je ne le vis que le 17. Il était couché, accusant une vive douleur dans l'oreille; les tégumens à l'entour étaient sensibles à la pression, mais très-peu tuméfiés. Langue chargée; pouls petit et dur; surdité presque complète de l'oreille malade, ce qui lui donnait un air de stupidité; décubitus sur le côté opposé; Aucun écoulement de l'oreille comme dans les accès précédens. (Sangsues autour de l'oreille, suivies d'un large cataplasme). Le 18, douleur très-vive; assoupissement; pouls environ à 70, petit. (Raser la tête et la recouvrir par un cataplasme). Dans la soirée, léger amendement. Le 19, amélioration; diminution de la douleur et de la sensibilité à la pression; tumeur peu volumineuse derrière l'oreille. Le soir, la respiration étant devenue laborieuse, un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine. Dans la nuit, le malade fut un peu plus calme; mais la dyspnée se renouvela une ou deux fois. Le 20, intelligence nette; douleur modérée; respiration assez facile; tumeur considérable derrière l'oreille, qui fut ouverte et laissa couler une grande quantité de matière très-fétide. L'apophyse mastoïde était dénudée dans une grande étendue. Le soir, coma intense, respiration lente et très-laborieuse; pouls à 180; pupille droite contractée, la gauche dilatée. Mort.

Autopsie, 39 heures après la mort. — Sécheresse de l'arachnoïde. Les sections de la substance cérébrale offraient un grand nombre de points rouges; à cela près, cette substance était saine. Les ventricules latéraux contenaient deux ou trois onces de sérosité. Le cerveau étant enlevé, la tente du cervelet parut épaissie à droite; en l'incissant, on vit que sa surface inférieure était couverte de pus. La surface osseuse immédiatement en rapport avec la membrane malade était noirâtre, mais non cariée. Autour de l'oreille externe, les os étaient dénudés, mais ils n'offraient pas d'autre altération.

Cette observation est incomplète sous plus d'un rapport. La maladie a-t-elle suivi une violence extérieure ou l'exposition au froid? Il paraît probable que la dure-mère fut affectée primitivement et que le pus qui se rassembla sous le péricrâne était le produit d'une inflammation interne.

Obs. IVe. *Méningite; ramollissement gélatiniforme et perforation de l'estomac;* par A. Hood.—James Macmillan, âgé de sept mois, offrit, pendant cinq ou six semaines, les symptômes d'un léger catarrhe. Le 25 septembre, il semble plus sensible au froid qu'à l'ordinaire; on re-

marque un cercle livide autour de son œil droit. Le 26, le bras gauche est pendant le long du tronc; cependant l'enfant peut encore le porter à sa tête; mais il crie vivement quand on touche ce membre. Fièvre, agitation pendant la nuit. Le 27, sommeil interrompu en sursaut par des cris. Le 29, le bras gauche, près de l'épaule, est tuméfié et douloureux. Le petit malade tette bien, quoiqu'évidemment malade et oppressé. (Frictions alcoholiques sur le bras; entretenir la chaleur avec des flanelles chaudes. Selles normales, un peu molles; urines naturelles). Le 31, paralysie du bras, la main et les doigts exceptés. 1er janvier, un grain et demi de calomel détermina plusieurs selles; urines abondantes. Le 2, oppression très-marquée. La fontanelle antérieure est saillante; les tégumens sont tendus et élastiques; les sutures sont très-écartées; les yeux paraissent dans leur état naturel; mais la paupière de l'œil droit est plus contractée que celle de l'œil gauche. (Raser la tête, et y placer un vésicatoire). Le 3, agitation; gémissemens; quelques contractions convulsives dans les yeux; quelques mouvemens de la main gauche qui est tournée en dedans par suite de la paralysie des muscles. L'œil droit est beaucoup plus enfoncé dans son orbite que le gauche et semble aussi plus petit. Mort à huit heures du matin; l'oppression avait beaucoup augmenté. L'état du pouls ne put être apprécié.

Autopsie.—Les os du crâne n'étaient qu'imparfaitement unis par les sutures; la fontanelle antérieure était large, les tégumens étaient flasques. Les os ne purent être enlevés ensemble; une quantité considérable de sérosité s'écoula de la surface des deux hémisphères. Entre l'arachnoïde et la pie-mère il y avait une couche de lymphe d'apparence purulente, et qui présentait dans plusieurs points plus d'un huitième de pouce d'épaisseur. Les veines contenaient une plus grande quantité de cette lymphe puriforme que de sang. Le cerveau était mou et très-injecté; les ventricules contenaient de la sérosité en quantité qui ne put être déterminée. La couche de lymphe s'étendait le long de la base du cerveau, et entourait le commencement de la moelle épinière. La mollesse du cerveau ne permit pas des recherches ultérieures. Les intestins étaient blancs et distendus. Le foie, la rate et les reins étaient sains, mais les glandes mésentériques étaient légèrement gonflées. La grande courbure de l'estomac offrait une ouverture qui avait en apparence plus d'un pouce de diamètre. En soulevant l'estomac il s'écoula, par cette ouverture, trois ou quatre onces d'un liquide couleur café foncé. Les bords de cette ouverture offraient une teinte obscure; les parois de l'estomac étaient minces et ramollies dans une étendue considérable; la tunique muqueuse était tellement molle, qu'on pouvait la gratter avec le doigt comme du mucus; le pylore était très-contracté et un peu épaissi. Les poumons étaient sains; les glandes bronchiques étaient tuméfiées; le thymus me parut avoir son volume normal, et pouvoir peser deux drachmes. Aucun liquide ne put être exprimé des incisions pratiquées dans sa substance. Le trou ovale était béant, et presque aussi large que l'aorte descendante.

Obs. Ve. — *Symptômes d'apoplexie; hémorrhagie de la pie-mère et du plexus choroïde; par le* docteur John Scott. — Vers cinq heures du soir; le 24 décembre 1834, je fus appelé auprès de M. Brown, âgé de 19 ans, visage pâle, cheveux noirs, tempérament nerveux. Une demi-heure auparavant, il avait éprouvé d'une manière subite une sensation d'affaiblissement et de défaillance, suivie d'insensibilité qui ne dura qu'un moment, et après laquelle il vomit une petite quantité d'un liquide aqueux. Il s'était fatigué la veille, et avait dîné en ville. Lorsque je le vis: défaillance; vomissemens; douleur vive à la partie antérieure de la tête; peau froide et pâle; pouls très-petit, fréquent et faible. (Applications chaudes; un vomitif). Deux heures après, le vomitif produisit beaucoup d'effet, la circulation se rétablit, le malade se trouvait mieux, mais il y avait encore un peu de douleur à la tête; la langue était chargée. (Laxatif). Le lendemain matin, la céphalalgie persistait, mais à un faible degré; elle n'était ressentie que lorsque le malade se remuait ou se mettait sur son séant. Visage naturel; langue chargée; selles rares et bilieuses. (Purgatifs; sangsues à la tête). Cette affection fut considérée et traitée comme une *grippe;* au bout de huit jours le malade était parfaitement bien. La seule chose qui me frappa fut la persistance de la céphalalgie qui se reproduisait lorsque le malade faisait des mouvemens et lorsqu'il s'asseyait, après que les intestins eussent été largement évacués. Mais ce dernier symptôme lui-même disparut le cinquième jour. Pouls à 64, plein et régulier. La santé se soutint jusqu'à la fin de février. A cette époque, nouvelle attaque semblable à la première. Insensibilité pendant un instant, suivie, une demi-heure après, de nausées et de vomissemens. (Laxatifs). En peu de jours, rétablissement. Huit jours plus tard, nouvelle attaque entièrement semblable. Pâleur; point de convulsions; pouls petit et très-faible. A l'œil et à la main, les pulsations du cœur semblaient occuper une plus grande surface qu'à l'ordinaire; ses battemens donnaient une sensation d'ondulation. Le pouls était d'une irrégularité extrême; il variait de minute en minute pour la force, la fréquence, et pour la manière plus ou moins distincte avec laquelle on le percevait. Céphalalgie; vertiges; tendance à la syncope quand le malade se levait. On ouvrit la veine du bras, mais le sang coula en bavant, et on en obtint avec peine douze onces. Après cette saignée, syncope qui ne fut dissipée qu'au bout d'un certain temps. Deux jours après, physionomie naturelle; pouls à 98, petit, un peu irrégulier; céphalalgie pendant les mouvemens; absence de toute douleur dans le repos; bruits du cœur normaux; mais l'impulsion de cet organe était diffuse; on ne percevait pas le coup régulier des sa pointe. (Sangsues à la tête). En deux jours guérison, sauf l'irrégularité du pouls qui se reproduisait parfois. Quelque temps après, le malade ne se plaignait que d'un peu de faiblesse. Le cœur examiné avec soin n'offrit aucun symptôme de maladie. Le régime du malade fut réglé sévèrement, et on lui recommanda d'éviter toute fatigue. Le 30 mai, après une petite promenade, malaise. Vers sept heures du soir,

attaque épileptiforme; contractions convulsives violentes des muscles du visage, du cou et de la partie supérieure du tronc; grande rigidité des bras; pouls petit et trop fréquent pour être compté. Cet état dura une demi-heure. Le malade, revenu à lui, se plaignit d'une douleur violente en un point fixe de la tempe droite. Nausées, vomissemens abondans. (Sangsues). Vers dix heures, violentes convulsions, insensibilité complète, rigidité des bras, pouls plein et bondissant, veines distendues. La veine du bras fut ouverte; le sang en sortit avec force, j'en tirai une bonne quantité. Cessation des convulsions. Une heure après, le pouls étant fort, nouvelle saignée de huit onces; le sang était d'un beau rouge écarlate. Pupille de l'œil droit dilatée, de forme ovalaire; la gauche, contractée, est réduite à un point. Cette dernière se dilata quelques minutes avant la mort. Le pouls continua à être plein et fort, mais la respiration s'embarrassa et devint de plus en plus lente. Lorsqu'elle était à 10, le pouls était à 98. Dix minutes plus tard, elle était à 8, et le pouls à 90. Quelques minutes après, la respiration cessa, mais l'on put sentir le pouls distinctement près d'une minute plus longtemps; il s'arrêta brusquement.

Autopsie. — Il s'écoula peu de sang pendant qu'on enlevait les tégumens du crâne. En dedans de la calotte crânienne, en un point correspondant à la partie supérieure du front, existait une tumeur osseuse faisant une saillie d'un quart de pouce : une dépression correspondante fut observée sur les membranes et dans la substance de l'hémisphère gauche. Les veines qui abontissent dans le sinus longitudinal contenaient beaucoup de sang; on remarqua un léger épanchement de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère. En écartant les hémisphères l'un de l'autre, on observa une rougeur remarquable répandue sur la surface par laquelle ils sont contigus, et due probablement au contact d'une petite quantité de sang provenant des parties sous-jacentes. La partie supérieure du corps calleux était recouverte par une couche mince de sang coagulé qui s'étendait, en arrière et en bas, vers la base du cerveau; toute la partie centrale de ce viscère, ainsi que le pont de varole; la surface inférieure des lobes du cervelet et la moelle alongée jusqu'à l'origine de la huitième paire, étaient tapissés par une couche semblable. Les ventricules latéraux étaient distendus par du sang caillé, mêlé avec une quantité considérable d'un liquide rouge, clair, qui pouvait être du sérum. La quantité du sang épanché dans les ventricules pouvait s'élever à trois onces; les caillots étaient plus volumineux dans le ventricule droit, mais le liquide était plus abondant dans le gauche. Le *septum lucidum* était rompu. Le troisième ventricule était rempli de sang; un caillot semblable à un cordon pour la forme, s'étendait de là dans le quatrième ventricule. Une quantité considérable de sang était réunie entre les lobes antérieurs des hémisphères cérébraux, séparant une ou deux circonvolutions de chaque côté l'une de l'autre à la profondeur d'un pouce ou davantage. La substance du cerveau était complètement ramollie dans une étendue de plus d'un demi-pouce cube, immédiatement au-devant des corps striés ou des piliers antérieurs de la voûte, et au-dessus de la naissance des deux nerfs olfactifs. Aucune altération appréciable des vaisseaux de l'encéphale. Le cœur parut sain. Quelques anciennes adhérences du poumon gauche.

Obs. VIe — *Hémorrhagie dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien;* par W. Brown. — Hugh Anderson, âgé de 9 ans, s'éveilla dans la nuit du 18 mai 1829, et se plaignit de la tête. Il eut alors une espèce de convulsion légère, et vomit abondamment. Le lendemain, persistance de la céphalalgie, vomissemens fréquens, constipation. (Applications réfrigérantes sur la tête; sangsues : purgatif). Le 25, état presque parfait; mais dans l'après-midi, convulsion. Le soir, céphalalgie frontale; pouls à 64. Il y eut un peu d'amélioration sous l'influence des réfrigérans, des purgatifs et d'un vésicatoire; mais le pouls resta lent; il y eut de la tendance à l'assoupissement et une constipation opiniâtre. Le 28 au matin, légère convulsion suivie d'une seconde très-violente, qui dura sans rémission pendant plusieurs heures. Pendant cette attaque, le bras et la jambe gauches étaient dans une agitation continuelle; le côté droit n'éprouvait des mouvemens semblables que de loin en loin; le visage offrait une expression de satisfaction; le petit malade était continuellement mâchant, ou suçant, ou léchant ses lèvres. Après la cessation des mouvemens violens, les doigts restèrent contractés pendant quelque temps. Dans la soirée, le malade revint presque complétement à lui : pouls à 130. Le 3 juin, coma profond, diarrhée. Mort après plusieurs heures de convulsions.

Autopsie. — La dure-mère et la pie-mère parurent saines. Les deux ventricules latéraux renfermaient un caillot sanguin et étaient distendus par de la sérosité rougeâtre. Du sang caillé était contenu dans toutes les autres cavités, répandu en quantité considérable à la base du crâne, et distendait la gaîne de la moelle jusqu'auprès de son extrémité inférieure. Le tissu du cerveau et celui de la moelle parurent sains.

Obs. VIIe. — *Hydrocéphale;* par le docteur Charles Ransford. — On m'envoya chercher le 4 octobre 1833, pour voir Margaret May, âgée de dix-huit mois, que je trouvai dans le coma, couchée sur le dos. Le visage paraissait bouffi, d'une pâleur extrême; quelques contractions convulsives vers les angles de la bouche; déglutition difficile; paralysie complète du bras et de la jambe droite; pupilles très-dilatées, mais se contractant à l'approche d'une bougie allumée; point de strabisme; respiration précipitée et laborieuse; pouls à 125; peau chaude et sèche; point de vomissemens; constipation depuis deux jours; abdomen non tuméfié, souple; jambes et pieds œdématiés; urines rares. La petite fille était malade depuis une quinzaine. Sa maladie avait débuté par de la céphalalgie et un malaise général, se manifestant par une irritabilité extrême; elle perdit l'usage de ses sens le 3 octobre. Elle avait habituellement l'air triste, mais jamais elle n'avait souffert des vers ni d'aucune maladie, sauf quelquefois de la con-

stipation. J'appris qu'en septembre elle était tombée de la hauteur d'une chaise; la partie postérieure de sa tête avait porté avec force; toutefois elle ne s'était plaint que pendant un jour de cet accident qui n'avait laissé aucune trace. (Applications froides sur la tête; vésicatoire à la nuque; deux sangsues au tempes; digitale en poudre, gr. j; ipécacuanha, gr. j; calomel, gr. viij, divisés en huit doses, une dose toutes les six heures. Un lavement avec une drachme d'huile de térébenthine et d'huile de ricin; un bain chaud dans la soirée). On incisa avec la lancette une gencive qui était très-gonflée; les sangsues coulèrent beaucoup. (Panser le vésicatoire avec la pommade mercurielle; frictions avec la même pommade aux cuisses toutes les six heures). Constipation; augmentation de la sécrétion urinaire. Le 7, la surface du vésicatoire était très-enflammée; les intestins avaient été évacués abondamment; la déglutition était plus facile. Le 9, amélioration marquée, coma moins intense. Le calomel fut abandonné à cause de la diarrhée qui s'établit. Quelques heures après, rechute, cris et convulsions. Mort le 11.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — Corps émacié; la dure-mère adhérait fortement à la voûte du crâne; cerveau volumineux et mou; sa substance de ses membranes offraient une injection anormale; ventricules très-distendus contenant chacun environ deux onces de sérosité claire et sans flocons. Au centre du lobe antérieur droit du cerveau, une petite portion de la substance cérébrale avait la consistance de la crême et était parfaitement blanche. Il y avait deux onces de sérosité à la base du cerveau: en ce point l'arachnoïde était considérablement épaissie, blanche et opaque; une couche gélatiniforme s'étendait sur le pont de varole et sur l'origine des nerfs. Les viscères abdominaux étaient sains. L'extrémité inférieure de l'iléon, dans l'étendue de trois pouces, était remplie par une matière verte foncée, semblable à la matière contenue dans la vésicule.

Obs. VIIIe.—*Symptômes anormaux; affection remarquable des artères du cerveau;* par le docteur James C. Gregory. — Udny Marshall, âgé de 49 ans, homme robuste et actif, avait servi dans les armées pendant plusieurs années et avait eu la fièvre jaune et la dysenterie dans les Indes occidentales. Depuis ce temps, il s'était bien porté, à cela près de quelques symptômes dyspeptiques et de douleurs de tête, mais jamais assez graves pour l'empêcher de remplir ses fonctions de portier de l'Infirmerie Royale. Au commencement de mai 1831, il me consulta pour une douleur obtuse qu'il rapportait vaguement à l'épigastre et à la partie inférieure du sternum, et qui était un peu accrue par une inspiration profonde. Point de toux; aucun signe de maladie des poumons ou du cœur ne put être fourni par le stéthoscope. La pointe du cœur battait entre la cinquième et la sixième côtes, etc. Du reste, langue blanche; constipation; anorexie; pouls sans dureté, un peu fréquent, et quelquefois légèrement irrégulier. Tous ces symptômes disparurent promptement; mais le 27 juin, accès fébrile; céphalalgie: malaise général; agitation; langue chargée; peau chaude; pouls fréquent. Le 28, à 9 heures du matin, étant dans son lit, tout à coup suffocation imminente; constriction à la partie inférieure du cou; douleur rapportée à la partie supérieure du sternum; visage anxieux, pâle et couvert d'une sueur visqueuse; respiration lente: pouls fréquent, petit, faible et irrégulier. Bientôt étant à rendre une selle, il éprouva pour la première fois de l'engourdissement dans la main droite; puis vertiges; faiblesse générale; difficulté de la parole qui dégénéra en aphonie complète avant qu'on ait eu le temps de le porter dans son lit. Il ne perdit pas connaissance, fit de fréquens efforts pour parler et pour se faire comprendre par signes. On pratiqua une saignée de 20 onces; avant que le bras fut lié, il pouvait articuler quelques mots. Tandis que le sang coulait, le pouls devint moins fréquent et plus fort, mais il resta irrégulier. Les battemens du cœur qui pouvaient à peine être perçus par l'oreille appliquée sur le thorax, devinrent plus distincts, mais sans impulsion ou bruit anormal. Le malade se trouva mieux, respira plus librement; mais il paraissait assoupi, confus dans ses idées, et se plaignait de la céphalalgie. On plaça au front 20 sangsues qui saignèrent beaucoup. A midi, stupeur approchant du coma; agitation; de temps en temps, paroles inintelligibles: pupilles un peu contractées, mais sensibles à la lumière; peau fraîche; pouls petit, sans dureté et de temps en temps irrégulier; rien de particulier du côté des organes thoraciques; abdomen un peu distendu; sensibilité considérable à l'épigastre; le malade put à peine être tiré de sa stupeur pour tirer la langue et répondre à quelques questions; idées confuses; parole difficile. La sensibilité de l'épigastre disparut après l'application de quelques sangsues: et, sous l'influence des purgatifs et de divers autres médicamens, les symptômes cérébraux diminuèrent considérablement. Cependant on remarquait encore quelque chose de particulier dans la respiration, qui, suivant les propres paroles du malade, ne se faisait pas comme à l'ordinaire. Pouls plus régulier, mais plus fréquent, mou et petit au poignet droit, mais plus fort au poignet gauche. De ce moment, les symptômes furent ceux d'une fièvre continue, quelques-uns même d'une fièvre typhoïde. La langue, d'abord blanche et chargée, devint sèche; la soif s'alluma: la peau fut chaude; le visage un peu coloré; céphalalgie modérée; agitation; délire tranquille, principalement vers le soir; visage languissant et abattu; pupilles un peu contractées. A raison de l'état du pouls et des autres symptômes, on accorda un peu de vin: le pouls reprit de la force et devint moins fréquent. Mais le 4 juillet, retour de l'assoupissement et de la stupeur; malgré l'application d'un vésicatoire à la tête et l'emploi des purgatifs actifs, le malade tomba dans un coma profond, avec pouls lent et respiration stertoreuse, et il mourut le 6 juillet.

Autopsie 24 *heures après la mort.* — Rien de particulier dans le thorax et dans l'abdomen. Cerveau très-ferme; aucun signe de congestion sanguine à sa surface

ou dans sa substance; deux gros de sérosité dans les ventricules; en enlevant le cerveau, on observa que toutes les artères de sa base, les vertébrales, la basilaire et les carotides internes étaient profondément altérées. La lésion de texture, qui semblait intéresser principalement leur tunique interne, était plus marquée dans les gros troncs, mais elle se continuait dans les petites ramifications dans toutes les parties du cerveau. Ces branches semblaient partout dilatées et épaissies. En faisant des sections dans les corps striés, on voyait de nombreux orifices qui pouvaient admettre la tête d'une épingle ordinaire. En saisissant avec les pinces ces orifices, on pouvait attirer, hors de la substance cérébrale, les bouts de vaisseaux correspondans, où l'on reconnaît l'altération indiquée. Cette altération consistait dans la déposition d'une substance solide et opaque, en général cartilagineuse, mais dans quelques points osseuse, distribuée irrégulièrement sur la surface de la tunique interne des artères, adhérant intimement aux parois artérielles dont elle avait détruit l'élasticité et la transparence. Dans plusieurs endroits, même dans les plus gros troncs, là où cette substance était le plus abondante, le vaisseau était entièrement oblitéré par la fibrine du sang concrétée. Dans les endroits où la tunique interne n'offrait pas cette altération, elle était épaissie et rouge-foncée. L'altération était le plus marquée dans le tronc basilaire et ses branches, dans l'endroit où il est en contact avec la protubérance annulaire et la moelle alongée et dans le cercle artériel de Willis. On suivit la maladie le long des carotides internes, le long des carotides primitives jusqu'à leur bifurcation. Immédiatement au-dessous de ce point, on observa dans la gauche, une *couronne* manifeste constituée par une altération semblable et quelques ulcérations; dans la droite, la même couronne, mais moins marquée. Les cavités du cœur, de l'aorte et de ses branches, et de l'artère pulmonaire offraient à leur surface intérieure une couleur rouge-foncée, due en apparence à l'imbibition cadavérique du sang qui était liquide partout. Il est bon de noter que l'autopsie fut faite 24 heures après la mort par un temps très-chaud et lorsque la décomposition était très-avancée.

Obs. IXe. — *Anévrysme et rupture de l'artère méningée moyenne;* par le docteur John Gairdner. — Le vendredi, 2 décembre 1814, je fus appelé auprès d'un marchand, âgé de 48 ans. Trois semaines auparavant, comme il aidait un voisin à porter un lourd fardeau au haut d'un des escaliers élevés de la vieille ville d'Edimbourg, il sentit tout-à-coup une douleur dans la tête, et depuis ce moment il eut de la céphalalgie, et, de temps en temps, des vertiges, augmentés lorsqu'il se penchait en avant. Quelque temps après, un peu de trouble dans la vision. Lors de ma visite, céphalalgie violente; pouls à 46, faible; pupilles se contractant et se dilatant assez bien. Mais deux jours après, les pupilles étaient contractées d'une manière permanente et n'étaient point influencées par la lumière. Le 8, assoupissement dont on pouvait tirer le malade; réponses assez distinctes; souffrances moindres; affaiblissement du système musculaire; il ne pouvait se mettre ni se tenir sur son séant. Il tomba ensuite peu-à-peu dans un coma complet avec insensibilité absolue pour la lumière et le son et toutes les autres impressions. Evacuations involontaires; mort le 13. La respiration ne fut jamais stertoreuse.

Autopsie. — On trouva à gauche, un sac anévrysmal situé sur le trajet de l'artère méningée, occupant un espace correspondant à la partie inférieure du pariétal et à la partie supérieure du temporal, formé par la séparation des feuillets de la dure-mère et contenant environ quatre onces de sang coagulé. Les portions de la dure-mère qui formaient les parois de ce sac étaient épaissies et injectées. La surface du cerveau opposée au sac était applatie, ou plutôt deprimée; les ventricules contenaient une quantité considérable de sérosité. Il est évident que l'artère qui avait versé ce sang s'était rompue un mois avant la mort, au moment où, soulevant un fardeau, le malade avait éprouvé une douleur soudaine dans la tête.

On peut reprocher, à juste titre, à l'auteur de cette observation, de n'avoir pas décrit l'état de l'artère malade.

Obs. Xe — *Commencement de cicatrisation d'un ancien foyer apoplectique;* par le docteur Abercrombie. — Un homme, âgé de 64 ans, eut une attaque d'apoplexie en 1824. Il se rétablit sous l'influence du traitement ordinaire, mais il conserva un peu de gêne dans la parole et un peu de faiblesse du côté gauche. Quelques mois après, nouvelle attaque. En juillet 1825, troisième attaque, accompagnée de convulsions. Cette fois, il resta insensible pendant trente-six heures, et garda la chambre pendant quinze jours. Depuis cette époque jusqu'à sa mort en 1830, il eut en tout douze attaques: chacune le laissa de plus en plus gêné pour la parole, et paralysé à gauche. La bouche était déviée à droite. Il mourut à la douzième attaque, après une maladie de huit ou dix jours, pendant lesquels il resta dans un coma profond avec aphonie et paralysie complète du côté gauche.

Autopsie. — En enlevant la dure-mère, on observa, à la surface de l'hémisphère droit, une excavation remarquable, profonde, bien délimitée, assez vaste pour contenir deux à trois onces de liquide. Elle était remplie par de la sérosité qui s'écoula lorsqu'on incisa la dure-mère. La surface de cette cavité ne présentait rien qui la rendît différente du reste de la surface du cerveau; elle était recouverte par la pie-mère et l'arachnoïde, la dure-mère, étendue sur son orifice, retenait le liquide qui la remplissait. En incisant la substance cérébrale qui entourait cette cavité, on la trouva plus dense qu'à l'ordinaire, et l'on trouva, immédiatement au-dessous du fond de cette excavation, une cavité intérieure, située dans l'épaisseur de l'hémisphère, et offrant l'aspect ordinaire d'un kyste apoplectique revenu sur lui-même, et qui a été le siége d'un épanchement. Cette cavité avait un pouce et demi de long, elle était tapissée par une membrane jaunâtre; une partie de son étendue était oblitérée par l'adhérence de ses surfaces opposées, entre lesquelles la membrane indiquée se pro-

longeait. Plusieurs autres kystes très-petits existaient dans diverses parties de l'hémisphère droit, mais ils étaient tous vides. On ne trouva rien qui pût rendre compte de l'attaque mortelle.

Obs. XIe. — *Tumeur de l'hémisphère gauche produisant l'épilepsie et la paralysie;* par le docteur John Gairdner. — Un marchand, très-laborieux, de conduite extrêmement régulière, doué de plus d'intelligence qu'on n'en trouve ordinairement chez les gens de sa condition, eut, pour la première fois, une attaque d'épilepsie, le 16 mars 1826. Il fut pris en même temps de paralysie incomplète du pied droit, et moins prononcée encore de la main droite. Avant cette époque, sa santé avait été assez bonne, à cela près d'une tumeur scrofuleuse située au-dessus de la clavicule gauche qui avait suppuré long-temps et se guérit enfin. Après cette attaque d'épilepsie, saignée, purgatifs, régime sévère. Les attaques se renouvelèrent ensuite à divers intervalles. Dans l'été, ces attaques s'aggravèrent, elles s'accompagnèrent de céphalalgie, d'aphonie, d'augmentation de la paralysie du bras, qui était presque continuellement agité de convulsions. Les doigts devinrent contractés spasmodiquement, et restèrent fléchis fortement, pendant toute la vie de cet homme, dans la paume de la main, d'où on les relevait avec peine de loin en loin pour couper les ongles. L'aphonie se dissipa seulement en partie et varia beaucoup pendant tout le temps de sa maladie. Quelquefois le malade commençait une phrase et s'arrêtait subitement, comme si la mémoire l'abandonnait tout-à-coup, ou comme s'il ne pouvait articuler le mot qu'il voulait prononcer. Intelligence peu altérée; mémoire diminuée; bien qu'il eût été grand amateur de livres, il n'y portait plus d'intérêt, ne pouvant plus faire l'effort intellectuel nécessaire. La céphalalgie persista pendant les vingt derniers mois de sa vie; elle devenait parfois très-cruelle, surtout quand la température était très-élevée; elle occupait la région pariétale gauche. Par les progrès de la maladie, la mémoire fut perdue au point que le malade ne reconnaissait plus personne. Il mourut le 30 mars 1828, après plus de deux ans de maladie.

Autopsie. — Dans le côté gauche de la tête, la dure-mère adhérait à l'arachnoïde et à la pie-mère, dans toute l'étendue qui est recouverte par le pariétal, une partie du frontal près de la suture frontale, la plus grande partie du temporal et la grande aîle du sphénoïde. Au-dessous de ces membranes et au-devant du trajet de l'artère méningée moyenne, il y avait une tumeur, paraissant constituée par plusieurs tumeurs réunies en une seule masse, qui s'étendait depuis un point mitoyen entre les angles antéro-supérieur et antéro-inférieur du pariétal jusqu'à un point correspondant à la selle turcique située au-dessous, intéressant toute la surface du lobe moyen gauche du cerveau. Cette tumeur ne pénétrait pas plus profondément que les circonvolutions. Dégagée des membranes qui l'enveloppaient, elle avait une couleur jaune, comme celle du pus; elle était ferme supérieurement, mais beaucoup plus molle à mesure qu'on l'observait plus inférieurement; elle était à demi-liquide dans la substance du lobe moyen. Les ventricules étaient distendus par de la sérosité; le même liquide existait abondamment entre les membranes du cerveau dans toutes les régions. A cela près, le cerveau et le cervelet étaient sains.

Obs. XIIe. — *Hypertrophie du cerveau; oblitération spontanée de l'artère humérale; ramollissement rouge circonscrit du corps strié gauche;* par le docteur Christison. — Une femme nommée Johnson, de conduite irrégulière, âgée de 37 ans, fut apportée à l'hôpital pour ce qu'on appelait une paralysie. Ses amis dirent, pour tous renseignemens, qu'elle avait été prise subitement de faiblesse des membres quatorze jours auparavant, et que huit jours après elle avait éprouvé une violente douleur de tête, et avait perdu la mémoire. Au moment de son entrée : sensibilité générale altérée; cependant la malade se plaignait en quelque partie du corps qu'on la pinçât. Mouvemens des deux jambes et du bras gauche assez libres; le bras droit était dans un état de résolution complète quand il était mu par une main étrangère, et cependant la malade le remuait très-faiblement quand on le lui commandait, sans pouvoir le diriger vers un objet indiqué. Les muscles de la face paraissaient aussi paralysés incomplètement. Quand elle parlait, le côté gauche de la bouche seul était mu, et lorsqu'on pinçait la malade sur le tronc ou les membres, la commissure gauche seule se rétractait. Cependant quand on pinçait la joue droite, les deux commissures se rétractaient. Paupières des deux côtés intactes; la langue était tirée droite quand on disait à la malade de la montrer. Pouls au-dessus de 100, plein et un peu dur. Respiration lente et peu énergique, stupeur, tendance au sommeil; la malade souvent ne comprenait pas les questions les plus simples; ses réponses étaient rompues, ses phrases mal liées, bien qu'elle parût quelquefois savoir ce qu'on lui disait et ce qu'elle devait dire. Pupilles dilatées, mais contractiles. Au bras droit les battemens de l'artère cessaient brusquement à deux pouces au-dessous du niveau du bord externe du grand pectoral, et ne pouvaient plus être perçus au-dessous de ce point. Ce bras était en outre très-froid, tandis que le reste du corps avait une température normale. Une saignée fut prescrite immédiatement, mais la malade eut une syncope lorsqu'à peine quatre onces de sang s'étaient écoulées. La saignée fut faite au bras gauche. (Purgatif drastique; lavement purgatif). Le lendemain matin, paralysie complète du bras droit; bras gauche, membres inférieurs et sensibilité générale comme la veille; constipation; pupilles moins dilatées; pouls imperceptible aux deux poignets; à la tempe il donnait 80 pulsations, et était très-faible. La malade tirait encore la langue. En appliquant le stéthoscope sur la région précordiale, on ne perçut ni l'impulsion, ni le bruit ordinaire du cœur, mais seulement un bruit de soufflet très-distinct et prolongé. Assoupissement, coma profond. Mort dans la soirée.

Autopsie, 42 heures après la mort. — Le cœur et le système artériel parurent extrêmement petits pour la taille de cette femme. L'une des divisions de la valvule

mitrale était presque séparée des parois du cœur par une fissure ; les deux bords de cette fissure étaient recouverts par des excroissances en forme de choux-fleurs. La tunique interne de l'aorte çà et là était opaque, et avait perdu son élasticité. Au bras droit, dans l'endroit où l'on avait cessé de percevoir les battemens de l'artère humérale, existait une tuméfaction considérable de cette artère ; et à deux pouces environ au-dessous du bord supérieur de cette tuméfaction, l'artère perdait brusquement plus de la moitié de son volume. En ouvrant ce vaisseau au niveau de la tumeur, on trouva qu'immédiatement au-dessous de l'origine de la collatérale profonde, toute la circonférence de sa tunique interne était détachée dans l'étendue d'un demi-pouce le long du vaisseau, et pendait dans sa cavité en formant un cône. Cette espèce de cône dirigé en bas était rempli de fibrine blanche, solide, à la partie supérieure de laquelle était adhérent un caillot sanguin long d'un pouce, adhérent également à la partie de la tunique interne qui était en place. Au-dessous du cône le vaisseau contenait un autre caillot non adhérent, et entre le cône et la tunique fibreuse dénudée était déposée une matière purulente. Toute la surface du cerveau était d'une sécheresse remarquable, tant à la partie supérieure qu'à la base du viscère. Absence complète de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde, et dans l'arachnoïde elle-même. Les circonvolutions cérébrales étaient considérablement applaties ; les vaisseaux situés dans leurs intervalles, bien que contenant une certaine quantité de sang, étaient manifestement comprimés. Toute la substance du cerveau était un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, excepté à la partie postérieure des lobes postérieurs de chaque côté, où la substance corticale était plus molle que partout ailleurs. Cette substance avait pourtant sa couleur naturelle. Les surfaces de section de la substance cérébrale ne présentaient qu'un très-petit nombre de points sanguins. Le ventricule latéral droit contenait moins d'une cuillerée à café de sérosité, et la gauche quelques gouttes seulement. Dans l'angle postérieur du corps strié gauche, et dans une étendue de la largeur d'un six-pences, la substance cérébrale était rougeâtre et réduite à la consistance d'une bouillie épaisse. On trouva encore deux petits corps gros comme la moitié d'une graine de lupin, dans la substance corticale du lobe moyen gauche. Le cervelet était sain sous le rapport de la couleur et de la densité ; ses circonvolutions n'étaient point applaties.

Observations et réflexions sur l'hydrocèle du cou ; par James O'Beirne, *de Dublin* (1).

Il y a près de vingt ans que le professeur Maunoir, de Genève, décrivit une maladie à laquelle il donna le nom d'*hydrocèle du cou*, et qui a toujours été confondue avec le goître, auquel elle ressemble beaucoup, bien qu'elle en diffère essentiellement et pour la nature et pour le traitement. Le mémoire manuscrit du médecin de Genève fut lu à l'Institut de France, en 1815 ; Percy, qui avait été chargé d'en rendre compte, ne donna lecture qu'en avril 1817 de son rapport qui était tout défavorable aux idées et à la pratique du professeur Maunoir. En 1825, ce dernier publia, pour la première fois, son mémoire, accompagné du rapport de Percy et d'une réfutation de ce rapport (1). Toutefois il paraît que l'autorité d'un grand nom, soutenue de quelques objections spécieuses, eut plus de crédit que les faits et les argumens les plus rigoureux ; car, après des recherches considérables, je n'ai pu retrouver aucune trace de ce mémoire dans les ouvrages anglais et français. Delpech (2) et Lawrence (3), qui ont rapporté à eux deux trois cas qui semblent être des exemples de cette maladie, non seulement ne le mentionnent point, mais démontrent, en adoptant la méthode de l'incision, qu'ils n'en soupçonnaient même pas l'existence. Ils auraient en effet donné la préférence à la méthode du séton, adoptée avec tant de succès par Maunoir, méthode qui est tout aussi certaine, moins dangereuse, et qui laisse des traces moins apparentes. Le hasard m'a mis à même d'observer trois cas remarquables d'hydrocèle du cou, qui réfutent tout-à-fait les objections de Percy.

Suivant le professeur Maunoir, cette maladie a été souvent observée sans qu'on se doutât de sa véritable nature. Elle consiste dans la formation de kystes séreux, en un point de la partie latérale du cou ; ces kystes, d'abord très-petits, augmentent graduellement de volume pendant plusieurs années, finissent par occuper toute la partie antérieure et latérale du cou, et gênent d'une manière inquiétante la respiration, la déglutition et la parole. La tumeur offre une fluctuation manifeste ; elle contient un liquide tantôt limpide, tantôt rougeâtre, tantôt de couleur café, et coagulable par la chaleur. Dans la grande majorité des cas, la maladie n'a aucune connexion avec la glande thyroïde ; quelquefois cependant cette glande tuméfiée et endurcie forme une portion de la tumeur.

Le traitement recommandé par le professeur Maunoir consiste à faire une ponction dans la tumeur, à évacuer le liquide qu'elle contient, et à la traverser par un séton suivant son plus grand diamètre. Par ce procédé, une nouvelle accumulation de liquide est empêchée, l'adhérence des parois du kyste est assurée, et la glande thyroïde, dans les cas où elle était tuméfiée, revient progressivement à son volume normal.

---

(1) *Dublin Journal*, N° 16. (Extr.)

(1) *Mémoires sur les amputations, l'hydrocèle du cou et l'organisation de l'iris* ; par J. P. Maunoir aîné, professeur, D. C. Genève et Paris, 1825.

(2) *Chirurgie clinique de Montpellier*, T. II, p. 79-87.

(3) *London Medico-chirurgical Transact.*, T. XVII, p. 44 et suiv.

J'ajouterai les faits suivans à ceux qui ont été publiés par M. Maunoir :

Obs. Ire. — Stéphen Cassidy, âgé de 60 ans, d'une constitution épuisée en apparence, entra à l'hôpital de Richmond, dans mon service, le 25 juin 1831. Il portait une tumeur qui occupait toute la partie antérieure et latérale gauche du cou. Cette tumeur s'étendait obliquement en bas jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire gauche, au niveau de laquelle elle se terminait par une saillie arrondie. De là, elle se dirigeait en haut le long de la clavicule gauche, jusqu'à deux pouces de l'acromion. Toute la tumeur faisait une saillie considérable, surtout dans le point où elle recouvrait le corps thyroïde ; elle offrait une fluctuation évidente, mais ne présentait aucune apparence de pulsation. La peau qui la recouvrait avait sa couleur naturelle, mais elle était si mince qu'elle était presque diaphane. On voyait un grand nombre de petites veines qui se ramifiaient au-dessous de cette peau distendue. Cependant si l'on examinait la tumeur, en plaçant une bougie allumée derrière elle, on ne trouvait de transparence en aucun point. Le malade n'éprouvait de gêne ni dans la respiration ni dans la déglutition, ni aucun autre inconvénient, sauf celui qui résultait du volume considérable de la tumeur et la difformité qui en était la conséquence. D'après son récit, la maladie avait débuté douze ans auparavant, par une tumeur très-petite, mobile, située dans le milieu de l'espace triangulaire que l'on voit au-dessus du tiers externe de la clavicule gauche : elle avait acquis son énorme volume progressivement et sans causer de douleurs. Un chirurgien avait recommandé au malade de ne jamais permettre qu'on ouvrit cette tumeur, parce que, disait-il, cette opération causerait une mort instantanée par hémorrhagie. Ce ne fut qu'après cinq jours que je parvins à détruire ses craintes. Je pratiquai d'abord une ponction exploratrice à la partie la plus déclive de la tumeur, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire. Ayant fait faire un pli à la peau, j'y pratiquai une ouverture à l'aide d'une lancette ; aussitôt le kyste, dont les parois étaient très-minces et recouvertes d'un grand nombre de veinules et d'artérioles, se présenta dans cette ouverture. J'y enfonçai la pointe de la lancette, et il s'en écoula une grande quantité de sérosité rongeâtre. D'abord le jet offrit une coloration si prononcée, que l'on craignit que ce ne fût du sang pur. Mais un examen plus attentif fit reconnaître qu'il y avait un double jet, l'un séreux, et l'autre très-fin et provenant manifestement de quelques artérioles situées à la surface extérieure du kyste, et qui avaient été divisées par la lancette. On remarqua en outre que, presque aussitôt après que le liquide commença à couler, la tumeur commença à offrir des pulsations, mais d'une manière beaucoup plus prononcée au-dessus de la clavicule gauche que dans tout autre point. En quelques minutes toute la tumeur fut vidée, et tout battement anormal disparut. On put alors sentir facilement la glande thyroïde, qui était dans un état parfaitement normal. On plaça sur toute la partie latérale du cou plusieurs couches de charpie imbibée d'eau froide, qui furent maintenues par une bande humide appliquée de manière à exercer une pression modérée. La sérosité continua à couler par l'ouverture ; les pièces du pansement en furent imbibées, colorées en rouge, et devinrent si serrées qu'il fallut les relâcher. Cet écoulement persista avec une grande abondance pendant trois jours, sans produire le plus léger affaiblissement. Le 4e jour il s'arrêta ; la plaie de la peau et celle du kyste étaient cicatrisées. Le lendemain, la tumeur avait repris son volume et son aspect ordinaires.

Le malade se refusa avec opiniâtreté à l'opération du séton.

Obs. IIe. — Mary Kelly, âgée de 60 ans, d'habitudes modérées, et bien portante, entra le 17 mai 1833 à l'hôpital d'Anglesey, dans le service de M. Hayden, pour une tumeur volumineuse qu'elle portait au cou. Treize ans auparavant elle avait remarqué pour la première fois une tumeur ronde, dure et mobile, de la grosseur d'un pois, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, située dans l'angle inférieur et postérieur du cou, immédiatement au-dessus de la partie la plus convexe de la clavicule gauche. Au bout d'un mois cette tumeur avait acquis le volume d'une amande, et était devenue beaucoup plus dure. Depuis cette époque, elle se développa graduellement et d'une manière imperceptible, jusqu'à deux mois avant son entrée, où le développement de la tumeur devint très-rapide.

Au moment de l'entrée de la malade, la tumeur avait un volume considérable. Elle s'étendait depuis la clavicule, dont elle recouvrait la moitié antérieure, jusqu'au buccinateur et aux autres muscles de la face ; en un mot, elle occupait la partie antérieure et presque toute la partie latérale gauche du cou. Elle ressemblait un peu à une pyramide, ayant sa base en haut et son sommet en bas. Elle offrait une sensation distincte de fluctuation, mais il semblait au toucher que le liquide fut renfermé dans un certain nombre de kystes isolés. Les tégumens n'offraient aucune altération de couleur, mais la veine jugulaire était très-distendue. On ne percevait aucune pulsation dans toute l'étendue de la tumeur. La respiration et la déglutition n'étaient pas sérieusement compromises. Les alimens solides passaient plus difficilement que les liquides ; quelquefois ces derniers étaient arrêtés dans leur trajet, mais jamais d'une manière permanente.

L'opération fut pratiquée immédiatement de la manière suivante : la peau qui recouvrait le point le plus élevé de la tumeur, étant élevée et formant un pli transversal, ce pli fut divisé de manière à faire une plaie d'un pouce. Quelques fibres disséminées du peaucier furent divisées, et bientôt le kyste lui-même se présenta à nu à la vue. Une ponction y fut faite avec une lancette ; il s'écoula une grande quantité d'un liquide foncé, couleur café. Tandis que ce liquide s'écoulait, une sonde armée d'un ruban, constitué par plusieurs fils de soie, fut introduit par la plaie et dirigée de manière à ce que son extrémité vint faire saillie à la partie la plus déclive de la tumeur. Une incision fut faite en ce point ;

on retira la sonde et le ruban fut laissé en place. Lorsque la tumeur fut entièrement vide, la glande thyroïde fut examinée avec soin ; elle n'offrit ni tuméfaction ni induration, ni aucune autre condition morbide. En explorant le sac à sa partie supérieure, et en le séparant des parties sous-jacentes, ce qui était facile à faire, on voyait et l'on sentait un autre kyste beaucoup plus petit, situé très-profondément et si exactement sur la carotide qu'on pensa qu'il ne serait pas prudent d'en faire la ponction. La malade se sentit faible, on la plaça dans son lit, et des compresses imbibées d'un liquide froid furent placées sur le siége de la tumeur. Pendant la nuit, la malade fut agitée, éprouva une douleur qui s'irradiait du côté gauche du cou à la mamelle correspondante. Elle fut soulagée par une potion calmante.

Le 18 mai, même douleur ; pouls 100 ; langue blanche ; peau chaude et sèche ; constipation. (Rhubarbe et magnésie toutes les quatre heures, jusqu'à effet purgatif).

Le 19, selles abondantes la veille ; pendant la nuit, un peu de sommeil troublé par une toux intense ; fièvre ; même douleur du cou et de la mamelle. (Potion pectorale avec teinture de jusquiame ; cataplasme émollient léger sur le cou).

Le 20, augmentation considérable de la douleur dans la tumeur ; cette douleur s'étend à la partie postérieure du cou ; commencement de la suppuration. (Sangsues sur la tumeur ; rhubarbe ; lavement ; potion calmante pour le soir.)

Le 21, peu de sommeil pendant la nuit ; suppuration abondante qui s'écoule du kyste ; diminution de la douleur. (Décoction de quinquina avec acide sulfurique étendu ; un peu de gêlée de viande.)

Le 22, diminution considérable de la tumeur ; amélioration marquée sous tous les rapports. Cependant la malade éprouve une vive douleur correspondant à trois ganglions engorgés situés sur le plexus cervical gauche. (Sangsues ; fomentations ; purgatif.)

Le 24, amélioration ; appétit ; diminution de la suppuration ; constipation. (Purgatif ; mixture avec quinquina et acide sulfurique.)

Le 25, tumeur distendue par le pus ; le séton est enlevé ; une quantité considérable de pus est évacuée.

Le 10 juillet, l'amélioration s'est opérée graduellement sous tous les rapports. Il s'est établi un sinus étroit contenant une petite quantité de pus, et s'étendant en bas à partir de l'ouverture inférieure. Le sinus fut ouvert. La tumeur est tellement diminuée que le cou a presque recouvré sa forme et son volume naturels. Les deux ouvertures se sont fermées. Les ganglions cervicaux restent engorgés ; mais ils sont indolens ; en vain on employa, pour les faire disparaître, de petits vésicatoires, l'onguent mercuriel camphré, la pommade d'hydriodate de potasse, et divers autres médicamens. La malade quitta l'hôpital parfaitement guérie de sa tumeur.

Le 17 septembre suivant, elle revint à l'hôpital pour une petite tumeur fluctuante située à un pouce environ au-dessus de la clavicule gauche, et croisée obliquement à sa partie centrale par la veine jugulaire externe. On traita cette tumeur comme la première. Elle laissa écouler un liquide semblable au premier, mais en très-petite quantité comparativement. La marche de la maladie ne présenta rien de remarquable, à cela près d'une fièvre légère et d'un ou deux petits abcès qui furent ouverts par la lancette. La femme fut guérie et ne conserva qu'une petite induration qui indiquait le siége de la seconde tumeur.

Obs IIIe. — T. Broughall, journalier, âgé de 60 ans, entra, le 26 septembre 1833, dans les salles de M. Adams, pour une tumeur volumineuse occupant la région parotide gauche, et à-peu-près limitée dans toutes les directions par les confins de cette région. Sa base était immobile et profondément située, fixée à l'angle de la mâchoire et aux autres parties profondes de cette région. Elle formait plusieurs saillies irrégulières, molles, élastiques, avec fluctuation. Sur les saillies, la peau était mince, d'un rouge livide. Examinée à distance, on aurait pu prendre cette tumeur pour un *fungus hæmatodes*. Le malade éprouvait des douleurs lancinantes dans la tumeur. Sa physionomie avait un caractère particulier : le côté affecté de la figure était entièrement privé d'expression. L'œil gauche ne pouvait se fermer ni s'ouvrir complètement ; les larmes coulaient le long des joues ; la commissure droite de la bouche était élevée et tirée du même côté. La santé générale semblait altérée. Le malade racontait que trois ans auparavant il avait senti, au-dessous du lobule de l'oreille, une glande dure, mobile et indolente. Ce corps se développa graduellement et devint adhérent aux parties environnantes. A la longue il devint le siége de douleurs qui se renouvelèrent enfin assez fréquemment. Trois mois avant son admission, un chirurgien avait fait une ponction, et il en était sorti une grande quantité d'un liquide rougeâtre. A l'hôpital, la même opération fut renouvelée avec le même résultat ; la plaie se cicatrisa comme à l'ordinaire. Le 17 octobre, on fit une incision sur la tumeur, et l'on évacua environ quatre onces d'un liquide sans odeur, semblable à du café. Les parties antérieure et supérieure de la tumeur s'applatirent et devinrent flasques. On les recouvrit avec de la charpie et un bandage imbibé d'eau froide. La plaie était cicatrisée le lendemain. Le liquide se reproduisit, et la tumeur reprit son premier volume et sa première forme. Le 21, nouvelle ponction ; écoulement de liquide semblable pour la qualité et la quantité, mais contenant de nombreuses hydatides. La douleur devint très-vive. Même pansement. Le 22, la tumeur est distendue de nouveau, mais son volume est un peu moins considérable. Vers le soir, céphalalgie ; chaleur générale, mais surtout vers la tumeur. Pendant la nuit la tumeur creva et laissa écouler une grande quantité de liquide. Le 27, la tumeur creva encore, et se réduisit à la moitié de son volume, céphalalgie légère. Le 28 et le 29, même écoulement spontané. La tumeur était rouge et douloureuse ; céphalalgie ; soif ; pouls, 90. Le malade voulut quitter l'hôpital le 31.

Quel que soit le nom que l'on conserve à cette mala-

die, les faits que possède la science ne permettent pas de la confondre avec un bronchocèle converti en kyste. Ce n'est pas sans quelque apparence de raison que l'incision est préférée par quelques chirurgiens. Il semble résulter, des faits cités par M. Maunoir, que le procédé du séton expose le malade à l'infiltration du tissu cellulaire et à ses conséquences fâcheuses ; tandis que ce danger n'est point à craindre quand on traite la maladie par l'incision. Mais la cause de l'infiltration, dans les cas de M. Maunoir, est évidente. En pratiquant la ponction avec le trois quart ordinaire, la petite ouverture triangulaire de la peau se cicatrise avant celle du kyste, et alors l'infiltration sous-cutanée est presque inévitable. La même raison explique pourquoi, lorsque M. Maunoir eut passé un simple fil de soie à travers la tumeur, les ouvertures se fermèrent au point d'empêcher la sortie du pus et de gêner les mouvemens du fil de soie en avant et en arrière. Ce praticien avait donc tort de ne pas faire une large incision à la peau et au kyste, mais surtout à la première, et l'on voit, d'après ses expressions et la modification qu'il fit subir à son procédé, qu'il reconnut pleinement son erreur.

On peut objecter au séton que, dans les cas rapportés par Heister, Delpech et Lawrence, et où l'on traita la maladie par l'incision, le traitement dura beaucoup moins long-temps que dans ceux où le séton a été préféré. Mais d'abord, la lenteur de la guérison doit être attribuée au procédé vicieux de M. Maunoir ; dans le seul cas où l'on ait mis en usage le procédé du séton modifié (observation II de ce mémoire), la guérison fut retardée parce qu'il y avait plusieurs kystes à faire disparaître ; et ensuite, je préférerais encore le séton à l'incision, lorsqu'il n'aurait d'autre avantage que celui d'éviter une cicatrice difforme.

Je crois que le procédé que j'ai décrit est susceptible de perfectionnement. Lorsque l'extrémité de la sonde fut rendue saillante à la partie la plus déclive de la tumeur, et qu'on essaya d'inciser sur le bout de cet instrument, les tégumens glissèrent de côté et d'autre, et éludèrent ainsi l'action de la lancette. Il fallut se reprendre à plusieurs fois pour réussir à faire l'incision. Cette difficulté provenait évidemment de ce que le liquide s'était écoulé en partie par l'ouverture supérieure et avait laissé la tumeur assez flasque pour que la peau devînt très-mobile sur le kyste. Pour éviter la douleur inutile qui en résulte pour le malade, on devra, avant d'ouvrir le kyste, le mettre à nu à la partie supérieure et à la partie inférieure de la tumeur, en incisant un pli transversal de la peau à chacun de ces endroits. En agissant ainsi, le kyste seul s'oppose au passage de la sonde par l'ouverture inférieure, et l'on n'éprouve aucune difficulté à l'inciser.

Le séton une fois placé, je ne crois pas qu'il y ait de l'avantage à recouvrir la tumeur par des compresses et une bande imbibées d'eau froide. Je crois que la pratique qui consiste à se borner à un pansement simple et à un cataplasme émollient, chaud et léger, doit être préférée.

C'est une chose digne de remarque que, sur dix cas qui ont été rapportés par Heister, Maunoir, Lawrence et moi, neuf ont présenté la tumeur à gauche. Delpech, qui en a publié deux, n'a point indiqué le côté du cou, si l'extrait de M. Lawrence est exact.

Observations sur l'efficacité du baume de copahu dans le catarrhe de la vessie.

Depuis long-temps on a signalé les bons effets du copahu dans le catarrhe vésical. Cartheuser, dans sa matière médicale, remarque qu'il est utile dans l'ulcération de la vessie, désignant ainsi la lésion traduite par une sécrétion abondante d'un mucus purulent. En 1809, Strocm rapporte un cas semblable, inséré dans le compte-rendu des travaux de la Société médicale de Suède. D'autres observateurs, M. Bretonneau, de Tours, dans une inflammation chronique, produite par l'ouverture d'un abcès, situé dans une région voisine ; M. Ribes, dans des catarrhes, après des gonorrhées supprimées ; MM. Barbier, d'Amiens, Lallemand et Chrétien, de Montpellier ; et enfin M. Delpech, témoignent de l'efficacité du copahu. Cependant quand on songe que leurs observations sont peu connues et même négligées dans les livres les plus récens, nous avons cru qu'il importait de les rappeler, à l'occasion d'un travail sur ce sujet, publié dans le journal américain des sciences médicales.

Parmi les faits les plus importans, nous citerons les suivans : 1° Un français, âgé de 60 ans, résident depuis long-temps à Philadelphie, fut atteint, sans cause connue, d'une inflammation de la vessie ; les antiphlogistiques calmèrent l'acuité des symptômes, mais ne purent empêcher la maladie de passer à l'état chronique, accompagnée d'une abondante sécrétion de matière muco-purulente, fréquent désir d'uriner et douleur au col de la vessie. Malgré l'indocilité du sujet et ses imprudences nombreuses, on parvint à rendre possible l'emploi du copahu. Donné en petites doses, on vit les accidens se calmer, la sécrétion muqueuse diminuer de consistance et de quantité, et après plusieurs mois de l'usage de ce médicament, parfois suspendu, pour éviter ses effets irritans sur le tube digestif, la guérison fut complète.

2° Depuis deux ans, un vieillard de 65 ans, qui dans sa jeunesse avait eu plusieurs gonorrhées, ne pouvait uriner qu'avec peine et beaucoup de douleur, l'urine déposait au fond du vase une matière blanche, muco-purulente. La plupart des médecins avaient attribué cette maladie à des rétrécissemens de l'urètre ou à l'hypertrophie de la prostate, beaucoup de traitemens avaient été faits sans succès, et la maigreur était extrême, l'énergie musculaire détruite, les fonctions digestives diminuées, la peau chaude et sèche, le malade ne pouvait uriner qu'en introduisant lui-même une fine bougie.

Le docteur Laroche observa avec attention, et constata une augmentation du volume de la prostate, sans rétrécissement du canal ; il remarqua aussi que la douleur qui accompagnait l'émission de l'urine était beau-

coup soulagée par l'expulsion de la matière sécrétée, dont la consistance épaisse, obstruant le col de la vessie, causait cette grande difficulté. De telles observations amenèrent à penser que ce n'était pas tant à l'urètre et à la prostate que le traitement devait s'adresser, mais bien à la muqueuse de la vessie. Des sangsues appliquées à la région hypogastrique, des ventouses au sacrum, des boissons émollientes préparèrent l'emploi du copahu, qui fut donné à doses fréquentes et fractionnées. Trois semaines après la guérison était complète.

3° M. R., âgé de 50 ans, souffrait depuis quelque temps dans la vessie, surtout quand il s'efforçait de retenir ses urines; l'envie de les rendre était fréquente; au fond du vase on voyait la matière blanchâtre, adhérente du catarrhe; cette maladie avait pour cause une gonorrhée contractée deux semaines auparavant. Le cathétérisme ne découvrit rien à la prostate ni dans l'urètre. Après avoir essayé quelques antiphlogistiques, on en vint aux préparations astringentes, toniques et chalybées; les mucosités de l'urine étaient toujours aussi abondantes, la térébenthine elle-même fut sans succès; quelquefois au contraire les symptômes inflammatoires s'exaspérèrent, et il fallut tout suspendre. Enfin on donna le baume de copahu uni au laudanum, et administré dans différens véhicules. Bientôt l'irritation de la vessie diminua, le catarrhe vésical guérit au bout de dix jours, mais la gonorrhée qui l'avait produit persista seule quelque temps encore.

Ces trois observations, prises sur beaucoup d'autres, suffisent pour établir les avantages du baume de copahu dans le catarrhe vésical primitif, ou résultant d'une gonorrhée supprimée : ce n'est pas à dire pour cela que le catarrhe ne puisse guérir que sous l'influence de ce médicament; bien souvent il arrive que de meilleures conditions hygiéniques chez des sujets débilités, les préparations martiales, et surtout la térébenthine de Venise, font disparaître cette sécrétion mucoso-purulente. Mais il est utile d'avoir une substance de plus, capable de concourir au but qu'on veut atteindre.

(*The American. Journ. of the med. scienc.*)

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

NOVEMBRE 1834.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

—

Mémoire sur trois questions de Pathologie et de Thérapeutique, présenté à la section médicale du congrès scientifique, ouvert le 7 sept. à Poitiers; par Saint-Georges Rausol, D. M. M., Membre de plusieurs Sociétés médicales de France, médecin à Luçon (Vendée) (1).

Observatio est filum ad quod dirigi debent medicorum ratiocinia.
(Baglivi *praxis medica*, c. 22, p. 6.)

PREMIÈRE QUESTION — *Doit-on admettre des lésions de fonctions sans lésions d'organes ?*

Pour résoudre une pareille question, il est indispensable de remonter aux principes fondamentaux d'une saine physiologie. Jusqu'à ce jour la cause de la vie est enveloppée d'un voile impénétrable, malgré toutes les hypothèses anatomiques, métaphysiques, mécaniciennes, qu'on a exposées pour l'explication de l'essence des phénomènes vitaux dans l'état sain et dans l'état morbide. Jetons un coup-d'œil rapide sur les différentes théories qui se sont succédé sur cette matière.

Hippocrate, qui se dépouilla autant qu'il fut possible de l'influence des écoles philosophiques de son temps, et qui ne puisait ses aphorismes que dans l'exacte observation des phénomènes physiologiques et pathologiques, donna le nom général et abstrait de *nature* à cette force, ou chaleur vitale qui anime nos organes, et préside à l'exécution de leurs fonctions pendant le cours si rapide de notre existence. Cette expression a été jugée si vraie et si juste, qu'elle se trouve dans les écrits des médecins de tous les âges, et qu'elle est sans cesse dans la bouche des vrais observateurs.

Lorsque, sous le règne des Ptolémées, ces protecteurs éclairés des sciences et des lettres, ces fondateurs d'une bibliothèque immense, dont l'incendie sera sans cesse pleuré par les savans, il fut permis d'ouvrir des cadavres humains, on chercha à expliquer les faits physiologiques et les maladies par une action purement matérielle des nerfs, des membranes et des autres parties qui constituent l'organisation de notre frêle machine. Ces théories se trouvèrent souvent dénuées de fondement, lorsque la dissection des morts n'était pas en rapport avec les symptômes, et qu'elle était insuffisante pour rendre raison des lois admirables qui régissent l'économie dans les états de santé et de maladie. A cette époque, les mœurs se relâchèrent de plus en plus en Égypte, en Grèce, et dans tout l'empire romain; une secte philosophique, purement matérialiste, leva la tête dans ces lieux qui avaient vu naître Socrate, le divin Platon, et qui avaient été si illustrés par leurs sublimes doctrines. Epicure ne pouvant comprendre, ni pénétrer la cause immédiate de tous les êtres qui peuplent l'univers, et de cette harmonie merveilleuse qui gouverne les globes innombrables répandus dans les régions infinies de l'espace, inventa le système chimérique des *atomes* qui, par une attraction particulière et par l'effet du hasard, étaient parvenus, au milieu du chaos, à se réunir et à produire les plantes, les animaux, et les minéraux si variés qui couvrent la terre, ou constituent son essence. Des idées aussi hypothétiques, et même aussi absurdes, se répandirent promptement dans l'esprit des Grecs et des Romains, dont le respect pour les idoles avait fait place au mépris et à la satire.

Comme cela est malheureusement prouvé par les fastes médicaux, la prétendue philosophie épicurienne fut adoptée par une secte pour l'explication des phénomènes que nous offrent la physiologie et la pathologie. *Asclépiade*, ce grand charlatan de Rome, qui vivait sous Pompée, en fit le fondement de ses doctrines, sous les noms de rapprochement et d'écartement des atomes organiques. D'après ce médecin, l'action des organes ne dépendait que d'un frottement plus ou moins accéléré des molécules qui composent leur trame : ainsi, les maladies dépendaient d'une altération nécessairement physique, et il ne pouvait en exister une seule, sans un dérangement *matériel* dans les tissus de l'organisme. Lorsqu'on part d'une fausse théorie, il est bien facile de tout expliquer, même les effets les plus inexplica-

(1) Nous avons cru devoir donner place dans notre recueil à cette œuvre d'un médecin accouru du fond de la Vendée pour répondre à l'appel scientifique de Poitiers. Les praticiens accueilleront favorablement sans doute les efforts d'un confrère dont le zèle a saisi avec empressement l'occasion de faire trève un moment aux labeurs de la pratique journalière pour apporter à son tour quelques matériaux à l'édifice de la science. Nous espérons d'ailleurs que l'auteur nous pardonnera les retranchemens que nous avons été obligés de faire pour donner à son Mémoire des proportions plus en harmonie avec le cadre de ce journal.
(N. du R.)

bles. Certainement, les jugemens, le tact si fin de ce novateur, dont les opinions ont tant influé sur les erreurs de notre époque, étaient tout à fait insuffisans pour apprécier si, dans une névrose, par exemple, il y avait déplacement des molécules de la pulpe cérébrale et des nerfs qui forment cet arbre de vie d'où naissent le sentiment et la mobilité des fibres les plus déliées du corps humain. *Thémison* et ses disciples suivirent les mêmes hypothèses, puisque leur *strictum* et leur *laxum* n'étaient réellement que le système d'Asclépiade.

Galien parut au milieu de cette anarchie de théories plus ou moins contraires à la véritable observation. Ce grand homme, doué d'un vaste et puissant génie, s'il ne se fût pas envolé sur les ailes d'une imagination trop exaltée, fit revivre la *nature médicatrice* de l'école de Cos, pour peindre la régularité de nos fonctions, et les efforts conservateurs que l'on ne cesse d'admirer dans les états physiologique et morbide. Le médecin de Pergame, qui rendit tant de services à la médecine pratique, en relevant les autels hippocratiques qui avaient été renversés par les *dogmatiques*, véritables rêveurs, et par les partisans du *méthodisme*, Galien, dis-je, ne put se garantir de l'esprit de système qui conduit toujours aux plus graves erreurs. Voulant créer une doctrine pathologique générale, il se mit dans la tête qu'il n'y avait que des maladies humorales qui provenaient de la putridité ou dépravation de la bile, du sang, de la pituite, de l'atrabile. Quand on s'est formé de pareils principes théoriques, rien n'est plus aisé que de pratiquer la médecine, et de se rendre compte des phénomènes maladifs : ainsi Galien admettait des affections pathologiques sans lésion des solides ; s'il reconnaissait que les organes fussent offensés, ils ne devaient l'être que d'une manière consécutive dans les maladies dites internes, sur lesquelles est fondé l'empire de la médecine, d'après le langage ancien et vulgaire.

Telles furent les opinions d'un médecin qui est immortel dans nos annales, et qui fut révéré comme un Dieu pendant tous les temps qui s'écoulèrent depuis sa mort jusqu'au seizième siècle. Je pense qu'il est tout à fait inutile de retracer la doctrine médicale des écoles arabes, puisqu'elle ne fut qu'une copie des écrits galéniques, et que les médecins sarrasins qui apportèrent d'Orient des connaissances entièrement oubliées en Europe, lors de la décadence de l'empire romain, ne s'occupèrent que de la découverte, ou de la préparation de médicamens plus ou moins singuliers et ridicules.

Arrivons à cette époque où l'esprit humain sortit d'une léthargie profonde, et rompit les langes d'une longue enfance pour parvenir rapidement à l'âge adulte. Au seizième siècle parurent des observateurs dont les ouvrages dureront autant que la science, tels que ceux de *Houllier*, de *Duret*, de *Fernel*, de *Rivière*. Versés dans la lecture des œuvres d'Hippocrate, ils admirent le mot *nature* pour exprimer la cause ou la force qui anime l'organisme ; ils pensèrent que nos organes pouvaient être malades sans altération des tissus, lorsqu'il y avait atonie, excès de sensibilité, ou affection humorale. Comme chaque siècle produit des hommes plus ou moins originaux dans leurs idées, il n'est pas étonnant que la Suisse ait donné le jour à un *Paracelse* qui, tourmenté par l'idée fantastique de trouver la pierre philosophale et le secret de l'immortalité, pensa que les mouvemens vitaux n'étaient que le résultat des lois de la chimie, et que nos viscères représentaient les différens instrumens et les opérations de l'art chimique. D'après un pareil système, les maladies ne devaient être que l'effet d'un dérangement physique dans les humeurs et la matière organisée. Une pareille supposition sur la pathogénie est trop dérisoire pour que je m'arrête à la combattre.

Van Helmont, médecin chimiste comme le docteur de Bâle, tomba au contraire dans un vitalisme ou *spiritualisme* outré ; il prétendit qu'un être particulier qu'il appelait *archée*, et auquel il attribuait toute espèce de goûts, d'inclinations, de caprices, et dont il plaçait le siége au cardia, était le moteur de l'économie, et que ses bizarreries ou ses impatiences produisaient les maladies. Il n'y a aucun doute qu'avec une semblable théorie de phénomènes de la vie, Van Helmont regardât les phénomènes pathologiques comme indépendans de la lésion ou de l'altération des tissus organiques.

J'arrive au fameux professeur de Halle, qui, tout spiritualiste, crut que le principe inconnu de l'intelligence était la cause des fonctions des viscères, et qu'il veillait sans cesse aux sécrétions, à la digestion et à l'assimilation. D'après ce médecin illustre, la maladie n'était qu'une conséquence de la réaction de l'âme pour rétablir l'ordre dans l'organisme, ou expulser par les canaux excréteurs les matières hétérogènes dont la présence produisait et entretenait le trouble dans la machine. *Stahl* n'admit donc, en général, que des maladies purement vitales, sans altération connue des organes. Quoiqu'il ait fait jouer à l'âme un rôle beaucoup trop important et trop étendu dans l'exécution des actes corporels, et qu'il ait confondu dans ses doctrines les phénomènes moraux et vitaux, le rival de Boërhaave fut très-utile à la science, en la débarrassant de toutes les théories mensongères puisées dans la mécanique. On ne peut douter que la secte *iatro-mathématique*, d'après ses principes purement physiques, ne reconnut que des affections morbides dépendantes d'un dérangement matériel soit dans les fluides, soit dans les solides. Selon ses opinions, le corps humain n'était qu'une machine hydraulique, ou une montre dont le balancier était le cœur.

Mais depuis long-temps le mécanisme médical a été pulvérisé par *Bordeu*, *Barthez*, *Degrimaud de Nantes*, et toute l'école moderne de Montpellier.

Venons-en à *Brown* d'Édimbourg, qui, sans être praticien, imagina une pathologie des plus simples, des plus faciles à étudier, et des plus dangereuses dans son application clinique. Ressuscitant l'ancien méthodisme sous des termes qu'il appelle *sthénique* et *asthénique*, il enseigna qu'il n'existait que deux genres de maladies, provenant du défaut ou de l'excès de l'excitabilité qui vivifie nos tissus : ainsi, le réformateur d'Écosse ne

voyait partout que des lésions vitales. D'après ce système, le médecin n'avait que deux indications à remplir, qui consistaient à relever l'*excitabilité*, ou bien à l'affaiblir. Cette doctrine, qui a reparu de nos jours sous le nom pompeux de *physiologique*, par son extrême simplicité qui est très-séduisante, exerça, il faut l'avouer, une puissance comme despotique dans quelques facultés d'Allemagne, d'Italie, d'Angleterre, et même de France, sous la domination de *Pinel*. Mais heureusement, au milieu de cette ivresse générale, les bons praticiens qui aiment à consulter exactement la nature malade, finirent par élever le voix contre cette division trop étroite des maladies. Peu à peu, le *Brownisme* toujours combattu par les professeurs dogmatiques du midi, fut rejeté dans l'abîme des hypothèses médicales (1).

Enfin, pendant le cours des tourmentes révolutionnaires qui couvrirent de deuil et de sang la France tout entière, l'on vit paraître au milieu des amphithéâtres de la capitale, *Bichat*, doué d'une habileté très-remarquable dans les dissections, d'une vive et féconde imagination, d'un esprit observateur fort rare. Personne avant lui n'avait aussi bien analysé les propriétés des *forces vitales* qui appartiennent à chaque tissu ou système organique. Marchant sur les honorables traces du médecin béarnais, de *Barthez*, et de son digne successeur, il fonda à Paris le vitalisme qui règne aujourd'hui. Malheureusement, Bichat, trop livré à l'étude des parties détaillées du corps, exposa des idées erronées sur l'origine de la vitalité des organes; sans doute, si la mort ne l'eût pas moissonné dans un âge où son imagination toute brûlante, subjuguait souvent son jugement, il eût pu revenir de ses premières opinions, et n'aurait pas osé dire qu'on peut juger des fonctions ou de la vie spéciale d'un organe, par sa constitution physique. Rien ne me serait plus facile que de réfuter cette théorie de la vie humaine : qu'y a-t-il de commun, en effet, entre la pensée et la pulpe cérébrale? Pourquoi l'estomac qui est composé des mêmes membranes que la vessie, a-t-il la faculté de digérer les alimens et de les transformer en chyle? Les membranes du duodénum et du jéjunum peuvent-elles expliquer le travail indispensable et réparateur de la chilification? Je craindrais de m'étendre trop, si je voulais renverser de semblables suppositions échappées à la jeunesse de cet anatomiste distingué.

Quoique Bichat semblât croire que la sensibilité et la contractilité étaient inhérentes à l'organisation, il avoue que souvent les altérations cadavériques ne peuvent expliquer les symptômes, et qu'il y a des affections pathologiques purement humorales que le médecin doit examiner avec le plus grand soin. Il me paraît impossible de décider que la vie dépend de l'organisation de la matière; ce n'est qu'une hypothèse sortie de l'école de l'auteur de l'Anatomie générale, et propagée par Broussais, malheureusement pour l'art de guérir. Les phénomènes physiologiques et pathologiques sont tous les jours en désaccord avec une pareille théorie (1). Sans tomber dans un grossier matérialisme, ou me perdre dans les idées métaphysiques des siècles passés, je dirai que l'organisme est doué de forces sensitives, motrices, assimilatrices, génératrices, intellectuelles et conservatrices dont la cause nous est complétement inconnue. En outre, il y a des fonctions sous la dépendance des lois de la chimie et de la physique, comme celles de la respiration, de la vision, de l'ouïe, et de l'action musculaire. Pour raisonner juste en médecine, il est nécessaire de se borner aux résultats qui nous sont présentés par les dissections cadavériques, les observations physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, sans chercher à donner des explications qui sont en contradiction avec une foule de faits. Le pur *organicisme* de notre époque, comme le *vitalisme* de Barthez, sont tout à fait insuffisans pour constituer une bonne doctrine médicale; ils ne peuvent s'appliquer à l'ensemble des phénomènes de la vie, soit en santé, soit dans la maladie. Voilà quels sont mes principes médicaux; plus j'ai réfléchi là-dessus depuis que je me suis livré à l'expérience, plus mes premières idées se sont gravées dans mon esprit, et plus je les regarde comme les seules qu'on puisse professer à l'époque où nous sommes.

Je crois avoir exposé les théories trop exclusives ou systématiques des anciens et des modernes sur l'essence des maladies. Abordons maintenant la question très-grave dont on demande une solution fondée sur l'expérience clinique. Je l'avoue, dès la première lecture de ce problème, je n'ai nullement hésité à penser que, d'après l'état actuel de nos connaissances en anatomie, en physiologie, en pathologie et en thérapeutique, il existe une foule de lésions de fonctions sans lésions d'organes. Sans doute, le congrès entend par lésion organique une altération physique plus ou moins apparente des organes. Comment prouver qu'il n'existe pas de changement visible dans les propriétés anatomiques des tissus, si ce n'est par les autopsies cadavériques, ou les moyens thérapeutiques qui guérissent les maladies?

Pour mettre de la méthode dans cette discussion pathologique, je vais examiner rapidement ce que l'ana-

---

(1) *M. Bérard*, grand physiologiste, profond métaphysicien, écrivain distingué, médecin philosophe très-remarquable de notre époque, disait avec raison dans un article inséré dans la *Revue Médicale* de 1822 que la nouvelle doctrine n'était que du *brownisme retourné*, avec la différence que, d'après Brown, toutes les maladies étaient *générales*, tandis qu'elles sont presque toutes *locales* dans le système de M. Broussais.

(1) Dans une lettre assez longue sur l'état actuel de la médecine en France et qui sera insérée dans la *Revue médicale*, je développerai mes opinions sur Bichat, Barthez et sur les moyens d'établir une doctrine pathologique unique dans les écoles de médecine en France. N'est-il pas temps enfin que, dans ce siècle si riche des observations des siècles passés et de celles qui lui sont propres, il y ait harmonie complète entre Montpellier et Paris divisés depuis près de quarante ans? C'est, je l'avoue, l'un de mes premiers désirs. Je ferai tout ce qui dépendra de moi, pour opérer une réconciliation demandée par tous les médecins éclairés.

tomie pathologique nous a découvert et fait connaître pour expliquer les *névroses*, les *névralgies*, les *fièvres intermittentes* qui rentrent réellement dans la classe des affections du système nerveux; je m'appuyerai très-souvent sur les lumières fournies par la thérapeutique et la séméiologie, qui sont véritablement le fondement le plus inébranlable de la médecine pratique. Je commence par traiter des maladies cérébrales.

Les altérations du cerveau qu'on a trouvées sur les cadavres ont-elles jamais pu nous donner une raison solide des aberrations mentales? On y a vu des adhérences des membranes avec le système cérébral, des épaississemens, des épanchemens qui ne sont réellement que des effets de l'excitation vitale primitive et anormale du cerveau; même souvent on n'a rien trouvé qui fût en rapport avec des symptômes. Est-ce, je le demande avec sincérité, par ces dégradations organiques qu'on peut expliquer les phénomènes primordiaux de la *folie*. Non, puisqu'à la suite des plaies à la tête ou des commotions de la masse encéphalique, il survient des inflammations chroniques et des abcès du cerveau, sans que nous observions des symptômes maniaques (1). Il y a donc autre chose qu'une altération physique pour produire le désordre de nos idées qui est tout à fait effrayant et place l'homme au-dessous de la brute. D'ailleurs n'est-il pas prouvé par la saine expérience, que les moyens moraux, des révolutions heureuses dans la fortune, la satisfaction d'inclinations contrariées, ont souvent suffi pour guérir une semblable lésion du cerveau (2)? Il est constaté par l'observation la plus judicieuse, que plusieurs maladies existent sans altération ou lésion matérielle du viscère, qui est le foyer des facultés de l'entendement; c'est ce qu'on voit dans certains délires. Je ne puis m'empêcher de citer ici un fait important : je fus appelé au mois d'août 1830, auprès de M. de B... le jeune, de la commune de Nieul-Deudolant, âgé de 29 ans, d'un tempérament des plus nerveux, d'un caractère très-irritable. A la suite d'une fièvre bilieuse double-tierce, qui n'avait point été traitée d'après les préceptes de l'art, il était atteint depuis quatre jours d'un délire continuel, furieux au plus haut degré, puisque quatre personnes ne pouvaient le retenir dans son lit qu'avec difficulté; il ne pouvait rien avaler et crachait sans cesse sur les assistans; lorsqu'on lui présentait le moindre liquide, les convulsions redoublaient avec des vociférations qui retentissaient dans toute la maison; le pouls était petit, serré, sans fièvre bien marquée, la peau sèche, d'une chaleur presque naturelle, la face pâle, la parole brusque, les yeux hagards, comme ceux d'un aliéné, et portant l'effroi dans l'âme des spectateurs.

Ayant cherché à remonter aux causes d'un pareil éréthisme des nerfs, j'appris que ce jeune homme avait éprouvé des peines morales vives. Je ne doutai pas qu'il n'existât chez lui une surexcitation cérébrale sans inflammation, comme le prouvait l'absence de tout mouvement fébrile : des bains, des antispasmodiques opiacés donnés en lavement (la déglutition était impossible), furent les moyens que j'employai. Une chose remarquable, c'est qu'après un bain tiède d'une heure et demie où l'on eut beaucoup de peine à contenir le malade, je pus lui faire prendre deux cuillerées d'une potion calmante qui l'endormit; le lendemain, il était debout, lorsque j'arrivai.

Que de fois à la suite des fièvres dites *malignes* ou *ataxiques*, on n'a trouvé aucune lésion anatomique qui fût en rapport avec le trouble des fonctions morales! *Sarcone*, dans la funeste épidémie de Naples, en cite plusieurs exemples; je n'irai pas fouiller les ouvrages qui ont traité de cette maladie. *Bordeu*, dans son excellent traité du pouls; *M. Andral*, dans sa médecine clinique, ont reconnu que souvent on ne pouvait distinguer dans le cerveau et les membranes la cause du délire et des soubresauts qui accompagnent la fièvre maligne et la caractérisent.

Parlerai-je de l'*épilepsie* et de la *catalepsie* qui ne me paraissent dépendre que d'une irrégularité maladive et particulière de la sensibilité du système cérébral? Il est vrai que l'on a trouvé quelquefois à l'ouverture des cadavres des corps étrangers, tels qu'une esquille, une

---

(1) Au milieu des faits que je pourrais citer, je me contenterai de parler de la femme Bourreau des Moutiers qui, à la suite d'une chute sur le côté droit de la tête périt au bout de deux mois d'un dépôt au cerveau. Je fus appelé trois jours avant sa mort; elle éprouvait les douleurs les plus lancinantes dans la région temporale droite. D'après le récit qu'elle me fit de son accident et de la douleur qu'elle n'avait cessé d'éprouver depuis le jour fatal, je ne doutai nullement qu'il n'y eût suppuration dans une partie du cerveau. En effet deux jours après ma première visite, j'assistai aux derniers momens de la malade, elle était plongée dans un état comateux ou apoplectique, avec les yeux proéminens, le visage injecté par le sang veineux, et la respiration stertoreuse.

Certes, cette femme n'a jamais donné les moindres symptômes de manie jusqu'à son dernier soupir.

(2) En 1826, je fus requis auprès d'une femme veuve qui avait été servante aux Moutiers-les-Maux-Faits; étant devenue jalouse d'amour envers son maître, veuf, elle tomba dans une véritable folie. Plus de sommeil, agitation continuelle, désordre complet dans les idées, babillage perpétuel, menaces fréquentes avec fureur; tourmentée par l'idée de se noyer pour terminer ses peines, telle était sa malheureuse position. J'employai tous les moyens thérapeutiques ordinaires tels que saignées, bains, calmans, évacuans des premières voies. Au bout d'un mois la position de la malade n'avait fait qu'empirer. Comme elle demeurait auprès du bourg qu'habitait son ancien maître, je dis aux parens qu'il était indispensable de l'éloigner. Alors on la conduisit à l'hôpital de Bourbon, où les sœurs, par leur bonté, leur complaisance, et en l'occupant sans cesse aux travaux du ménage, la guérirent sans aucun remède pharmaceutique, au bout de trois mois. Depuis elle s'est mariée et se porte parfaitement tant au physique qu'au moral. Voilà un cas qui prouve que les moyens moraux ont suffi pour guérir cet état d'aliénation mentale contre laquelle les remèdes physiques avaient complétement échoué.

exostose du crâne. Quant à moi, je pense qu'on ne doit considérer ces causes physiques que comme occasionelles, puisque souvent des fragmens d'os, des protubérances pathologiques des pariétaux, de l'occipital, etc., à la suite des maladies vénériennes constitutionnelles, et des épanchemens considérables, comme on le voit dans l'hydrocéphale, piquent ou compriment continuellement l'encéphale, sans qu'on aperçoive pour cela la catalepsie ni les symptômes épileptiques. Il y a donc dans le cerveau, une irritation spéciale, inconnue aux anatomistes les plus éclairés, qui produit les maladies dont je parle dans ce moment. Dans ces névroses qui frappent de stupeur le médecin et les assistans pendant les accès, il y a une aberration particulière des forces sensitives du cerveau, que les Lieutaud, les Morgagni, les Bonet, les Portal, les Rostan, les Bayle, les Lallemand, etc., n'ont jamais pu bien expliquer, malgré les recherches les plus minutieuses. Ces auteurs quelles qu'aient été leurs lumières en anatomie pathologique, ont souvent confondu la lésion vitale du cerveau, cause première de ces maladies, avec la désorganisation qui survient par l'état spasmodique trop répété des viscères cérébraux, et par les fluxions sanguines que l'excitation nerveuse portée au plus haut degré y détermine sans cesse. Ainsi, je suis porté à penser que ces affections pathologiques tout à fait déplorables dépendent d'une anomalie inexplicable et purement vitale des masses encéphaliques, comme l'ont justement remarqué MM. Bayle (1), Laënnec, Cayol, Andral, Double, etc.; le plus souvent l'autopsie cadavérique est insuffisante et comme inutile pour expliquer les symptômes si épouvantables qui se présentent dans le cours des névroses.

Je pense que je me suis assez étendu sur les maladies purement vitales du cerveau, examinons les *névralgies frontales*, les *migraines* qui sont accompagnées des souffrances les plus vives, les plus intolérables. Les affections morbides résistent souvent à nos moyens thérapeutiques, et ne laissent après elles aucune altération qui puisse expliquer les douleurs cruelles qu'elles ont fait souffrir; il arrive qu'elles s'éteignent avec les révolutions des années. Quels sont les remèdes pour les guérir, lorsque cela est possible? Ce sont les antispasmodiques, les opiacés, la belladone, qui certainement n'ont pas la propriété de changer le système nerveux dans sa structure anatomique. Naguère le carbonate de fer a été très-vanté par des médecins anglais pour détruire les névralgies; il faut espérer qu'avec de nouvelles expériences, on parviendra à trouver un remède spécifique, comme cela est arrivé pour le type intermittent. Les hémicranies malheureusement jusqu'à ce jour, sont comme au-dessus des ressources de l'art, à moins qu'elles ne soient périodiques et qu'elles ne représentent la fièvre larvée des anciens. Alors le quinquina les emporte comme par enchantement; c'est ce que j'ai vu dans plusieurs circonstances.

(1) Article *Anatomie pathologique*, grand dict. des sciences médicales.

Pourrais-je passer sous silence l'hydrophobie communiquée connue sous le nom de *rage*, qui porte son action mortelle sur le pharynx? Comme je l'ai dit dans un Mémoire philosophique sur cette maladie (1), *Portal*, *Bosquillon*, *Rolfinlk*, *Laënnec* de Nantes, etc., n'ont découvert aucune désorganisation qui pût expliquer cet état de constriction qui suffoque les hydrophobes et leur inspire cette horreur insurmontable pour les liquides; il est vrai qu'on a trouvé quelquefois des engorgemens sanguins des organes encéphaliques, de la gorge, des poumons, de l'estomac, etc. Toutes ces stagnations sanguines sont tout à fait insuffisantes pour donner une explication exacte des symptômes atroces de l'affection rabique, puisque tous les jours, dans les hôpitaux et surtout au Val-de-Grâce qui semble être le véritable théâtre de la mort, sous le règne de M. Broussais, on trouve des inflammations du pharynx, de l'estomac, des organes pulmonaires, sans que les malades aient présenté les signes de l'hydrophobie spontanée ou communiquée. Ainsi, ces effets matériels de l'état spasmodique des viscères ne peuvent être regardés comme les causes de la maladie, mais seulement comme des épiphénomènes tout à fait indépendans de la nature virulente et nerveuse de la rage. N'est-il pas souvent arrivé d'ailleurs de n'apercevoir aucune altération sensible des parties qui, pendant la vie, avaient paru être le plus affectées? Il me paraît donc incontestable qu'il y a dans cette maladie lésion vitale du pharynx, sans lésion d'organe, c'est-à-dire, que la rougeur qu'on peut découvrir sur les cadavres ne constitue point seule la difficulté d'avaler et surtout la répugnance invincible pour les liquides. Il y a de plus, comme je l'ai prouvé par les faits les plus indubitables, une dépravation du fluide salivaire. C'est assez dit sur cette affection morbide, dont le traitement radical est l'une des plus grandes lacunes de l'art.

Examinons la strangulation *hystérique* qui n'est qu'une affection sympathique de la matrice. Dans ces accès d'hystérie, ne voyons-nous pas souvent le cou se gonfler par le spasme, que *Barthez* appelait expansif ou dilatatoire? L'éréthisme utérin s'affaiblit-il par lui-même ou bien par des remèdes qu'on appelle anti-hystériques? Aussitôt les muscles du cou reprennent leur volume normal, et la faculté d'avaler qui se trouvait suspendue se rétablit. Dira-t-on que, dans un pareil état, il y a eu lésion d'organe ou altération des muscles du pharynx et du larynx? Ce serait trop ridicule d'avancer une telle théorie, puisque les fonctions de la respiration et de la déglutition deviennent parfaites, lorsque l'état spasmodique est tombé soit naturellement, soit par les secours médicaux qui, le plus souvent, sont administrés sur l'organe utérin, le tube intestinal ou les voies nasales.

Jusqu'ici je n'ai traité que des affections purement vi-

(1) Mémoire imprimé à Bourbon dans le cours de l'année 1833 et accompagné de réflexions sur les préjugés du peuple vendéen relatifs à la médecine.

tales du cerveau et des organes de la gorge, je pense qu'il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil sur celles des poumons, de l'estomac, des intestins. Relativement aux maladies des viscères respiratoires, je citerai la *coqueluche*, qui précipite dans la tombe une foule d'enfans, lorsqu'elle n'est pas traitée d'après les vrais principes de l'art. N'y a-t-il pas dans cette maladie, que je regarde comme produite par un miasme spécial circulant dans l'atmosphère, une *névrose* bien caractérisée, comme l'annonce la toux souvent périodique, avec suffocation imminente? On dira sans doute qu'il y a inflammation des bronches; mais d'où vient que le plus souvent il n'y a pas de fièvre, malgré l'intensité des symptômes, et que les saignées ne sont que des palliatifs pour détruire ou empêcher l'engorgement des poumons produit par le spasme, et s'opposer à la congestion sanguine du cerveau qui a lieu par la difficulté que le sang éprouve à passer du ventricule droit dans l'artère pulmonaire, à cause du resserrement, comme étouffant des organes de la respiration, au moment de l'accès? Chaque jour l'émétique ou l'ipécacuanha administré à des doses modérées produit avec les antispasmodiques une guérison des plus promptes qu'on ne peut espérer avec le traitement antiphlogistique devenu à la mode dans toutes les maladies. Aussi la coqueluche souvent très-mal traitée par les jeunes praticiens surtout à l'époque *physiologique* où nous sommes arrivés, ne me paraît être qu'une lésion purement vitale du pneumo-gastrique ou petit sympathique qui produit les vomissemens inséparables de la toux.

Quant à l'*asthme* spasmodique, n'est-il pas croyable que, dans le principe, il n'est qu'une irritation nerveuse sans altération des tissus pulmonaires, et que tous les épaississemens du parenchyme et de la membrane muqueuse qu'on découvre après plusieurs années ne sont que des effets de la *névrose?* Je prolongerais trop cette dissertation, si je voulais approfondir toutes les lésions vitales des viscères thoraciques; n'aurais-je pas à citer les *palpitations* du cœur si communes aux femmes hystériques et aux hypocondriaques, si bien décrites par le premier médecin de Napoléon, et qui disparaissent par une méthode tempérante ou anodyne, lorsque des passions trop fortes, telles que l'amour, des chagrins profonds produits par des malheurs de fortune ou la perte de personnes qui nous sont chères, n'entretiennent pas les battemens exagérés de l'organe.

Je passe aux *spasmes de l'estomac*. Tous les jours, dans l'exercice de la médecine, ne voyons-nous pas des personnes qui souffrent vivement du ventricule, sans que le tissu organique soit physiquement altéré, puisque la cause était éloignée, le mal cesse à l'instant? C'est ce qu'on observe, par exemple, dans la *colique néphrétique;* une fois que le calcul est parvenu dans la vessie, l'estomac reprend son calme, et ne rejette plus les tisanes. A la suite de la suppression ou retard des règles, on voit survenir quelquefois des vomissemens opiniâtres avec les douleurs les plus vives. Le flux menstruel est-il rétabli? aussitôt le repos succède à l'orage et le mouvement antipéristaltique des fibres gastriques s'évanouit. J'aurais à citer encore les *gastralgies* si fréquentes aujourd'hui, souvent confondues avec la *gastrite*, certaines affections flatulentes fort communes aux personnes nerveuses, et toutes celles qui dépendent d'un amas de matières saburrales. Si l'organe destiné à remplir les fonctions si importantes de la digestion peut souffrir sans que les membranes qui composent sa structure soient altérées dans leur état anatomique, il en est de même des intestins. Rien n'est plus fréquent que de voir des individus être saisis tout à coup de douleurs abdominales aussi vives que si elles étaient l'effet d'un instrument aigu, ou de l'application d'un fer rouge; le pouls est comme éteint, il y a défaillance, le visage est pâle, grippé, la peau froide; le malade jette les cris les plus perçans et les plus déchirans. S'il y avait réellement lésion organique du tube intestinal, verrait-on des souffrances aussi atroces s'évanouir, comme par enchantement, à l'aide des bains tièdes, et des opiacés? Dans les inflammations aiguës de ces viscères, ce n'est pas dans une heure ni dans un jour que l'on obtient la solution ou la terminaison complète de la phlogose. Je ne parlerai pas des matières venteuses ou stercorales, qui se développent fréquemment dans les intestins et produisent des gonflemens ou des douleurs insupportables.

Je juge inutile de traiter des *convulsions vermineuses*, de l'*hystérie*, maladie cruelle, bizarre protée dans ses symptômes, qui tourmente le beau sexe, surtout dans les classes les plus élevées de la société, qui ternit l'éclat de ses charmes au printemps de la vie. Tous les bons praticiens ont considéré cette affection, dans son principe, comme une excitation spéciale des nerfs de l'utérus; mais peuvent survenir avec le temps des engorgemens sanguins, et même des squirrhes, véritables épiphénomènes d'un état spasmodique trop prolongé.

Je dois mentionner ici les *fièvres intermittentes*, que je ne regarde que comme des lésions vitales et périodiques du système nerveux; dont le siége a toujours échappé au scalpel des anatomistes dépouillés d'idées hypothétiques. Certainement elles produisent des congestions de sang sur le cerveau, les poumons et les viscères abdominaux: mais aucun médecin éclairé n'osera dire que le type intermittent est sous la dépendance immédiate de ces altérations organiques, et qu'il n'est qu'un effet de ces lésions matérielles. Combien de fois ne trouve-t-on pas de pareilles lésions, sans qu'il y ait eu fièvre intermittente? N'est-ce pas ce que l'on voit à la suite de toutes les phlegmasies aiguës, qui, bien loin d'être accompagnées du type périodique, sont caractérisées par la fièvre continue? On ne doit considérer en bonne pathologie toutes ces stases sanguines internes que comme des complications ou des accidens qui, à la vérité, méritent l'attention continuelle du praticien. Elles surviennent dans le cours de la fièvre intermittente par l'état nerveux qui, dans le frisson, porte le sang à l'intérieur et qui donne lieu à des mouvemens fluxionnaires souvent dangereux sur l'encéphale et les organes abdominaux. Ces altérations fort mal interprétées ont été la source des théories les plus fausses.

Je ne terminerai pas l'examen d'une question si grave en médecine clinique, sans exposer mon opinion sur cette maladie nouvelle en Europe, que l'on nomme *choléra indien*, et qui, jusqu'à ce jour, a résisté aux moyens thérapeutiques les plus connus. Cette affection morbide dont les ravages plongent dans la désolation toutes les familles et les hommes de l'art, m'a toujours paru être produite par un miasme spécifique que des colonnes d'air ou des rapports commerciaux ont apporté des bords du Gange dans les régions européennes. Je ne chercherai point à discuter si elle est contagieuse par le contact immédiat, ou par infection; les médecins les plus recommandables de la Russie, de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la France, se trouvent partagés d'opinion sur ce point (1). Ce qu'il y a du bien positif, c'est que le choléra est épidémique, c'est-à-dire qu'il se transmet par l'air atmosphérique. J'ai toujours considéré cet état pathologique comme une névrose des plus violentes fixée sur tous les symptômes organiques les plus importans, tels que le cerveau, les poumons, les viscères digestifs, hépatique, urinaires. Non seulement le système nerveux est profondément lésé dans ses fonctions normales; mais encore il y a une altération chimique et vitale dans tout le fluide sanguin, comme le prouvent le froid glacial, les évacuations séreuses abondantes, et la *cyanose*, qui indique que la transformation du sang veineux en sang artériel est tout à fait suspendue. Les médecins décorés du titre de *physiologistes*, qui n'ont regardé la peste indienne que comme une *gastro-entérite*, ont commis une erreur fondamentale en véritable pathologie. Les vomissemens, la diarrhée, ne sont, d'après moi, que des efforts de l'organisme pour chasser au dehors les matières séreuses du sang pour lesquelles le miasme paraît avoir une certaine affinité (2). Comme malheureusement les forces nerveuses et motrices des différens viscères, et surtout des poumons, se trouvent stupéfiées ou foudroyées, la réaction et le mouvement centrifuge devient fort difficile, et la mort trop souvent vient terminer cette scène de souffrances. Je soutiens, d'après les ouvrages des docteurs Fox, Chambert, Antomarchi, des professeurs Delpech, Magendie, et d'autres auteurs aussi remarquables que je pourrais citer, qu'il n'y a dans le principe de cette maladie qu'une lésion vitale de tout le système nerveux, accompagnée d'une décomposition de la masse sanguine soit veineuse, soit artérielle. Toutes les rougeurs qu'on en trouve quelquefois dans le canal digestif ne sont que des effets de cette concentration des mouvemens vitaux et des fluides sanguins sur les membranes muqueuses qui tapissent l'intérieur des premières voies, produite par l'état spasmodique porté au plus haut degré qu'il puisse atteindre. Je ne doute pas qu'il ne puisse survenir une inflammation qu'on appelle *gastro-entérite;* mais cette phlogose n'est que consécutive. Elle est le résultat de l'action des fluides séreux, dépravés par le miasme cholérique, et de l'accumulation du sang sur les organes abdominaux.

J'arrive enfin à la solution de la grande question pathologique : *Y est-il des lésions de fonctions sans lésion d'organes?* Et je crois l'avoir résolue d'une manière affirmative par les faits anatomiques, pathologiques et thérapeutiques que j'ai exposés.

(*La suite au prochain numéro.*)

---

(1) Cependant je suis porté à penser, d'après les faits, que le choléra est contagieux *par infection*, puisqu'on voit les personnes qui habitent la même maison être atteintes de cette maladie. Ainsi l'on a vu à Paris des familles entières moissonnées. La même chose arrive pour le *typhus* et la *dysenterie* dans les hôpitaux et dans les maisons où l'air est trop concentré et chargé de miasmes provenant des excrémens, des sueurs et de la respiration des malades.

(2) Le choléra européen qui a coutume de régner chaque année aux mois d'août et de septembre principalement chez les habitans des campagnes qui se nourrissent mal et qui supportent pendant les chaleurs les travaux les plus pénibles, n'est réellement qu'une affection bilieuse dégénérée avec un état spasmodique très-intense du système hépatique et des organes disgestifs. Il n'y a que des médecins aveugles, routiniers ou systématiques qui puissent considérer cette maladie comme une hépatite et une gastro-entérite. S'il y avait inflammation, elle serait d'une grande violence, comme l'indiquent les douleurs aiguës; l'opiniâtreté des vomissemens, la syncope, etc.

Je ne considère ce choléra que comme une véritable dépuration de l'organisme, pour chasser au dehors des matières bilieuses trop abondantes ou qui ont acquis une acrimonie des plus fortes, ce que les malades sentent eux-mêmes lorsqu'ils vomissent la bile par torrent. Dans les mois de juillet et d'août, il a régné une diarrhée accompagnée de tranchées ou de coliques; les selles étaient bilieuses au plus haut degré; le plus souvent il n'y avait pas de fièvre. On ne saurait croire qu'il existe des hommes de l'art qui considèrent ce flux intestinal comme une *hépato-duodénite*, une *jéjunite*, *iléite*, *colite*, *cæcite*, et *rectite*, termes barbares bien dignes de ceux qui s'en servent.

Cette affection morbide appelée *cholérine* par le vulgaire des médecins n'est qu'une diarrhée bilieuse compliquée d'une excitation nerveuse des intestins et qui a lieu presque chaque année pendant l'été. Si elle a été plus épidémique cette année, on doit l'attribuer aux chaleurs estivales du printemps qui ont déterminé dans le fluide sanguin et le système hépatique une diathèse profondément bilieuse, qu'on remarque tous les ans dans les mois de juillet, d'août et septembre, surtout dans les pays marécageux, comme Luçon, etc.

Je ne puis m'empêcher de le dire, le mot cholérine appliqué à cette maladie n'est qu'un grossier charlatanisme et qu'une expression propre à frapper l'imagination des malades, depuis que le choléra indien paraît s'acclimater en France. C'est toujours une affection bénigne et légère, et le peuple des campagnes se confiant à la nature médicatrice guérit souvent sans remèdes.

—

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

Mémoire sur les abcès symptomatiques qui accompagnent les dénudations et les caries du rachis, et sur les signes qu'offre le siége extérieur de ces collections purulentes pour remonter par la voie anatomique à la désignation précise des vertèbres affectées; (lu à l'Académie royale de médecine.) Par le doct. Bourjot Saint-Hilaire, Ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu pour les maladies des yeux.

Première partie. — *Historique et critique.* — Le Mémoire de sir Perceval Pott *sur la paralysie des membres inférieurs* (inséré dans ses œuvres chirurgicales, Londres, 1790), ouvrage que nous avons actuellement sous les yeux, vint éclairer un des points les plus importans de la pathologie du solide vivant. Il fit connaître le siége et la nature des désordres de cette terrible maladie, dont on ne connaissait alors que les signes adjectifs, c'est-à-dire, les symptômes, lorsqu'elle était arrivée au point de déterminer par lésion de la moelle vertébrale, la faiblesse et la contracture des membres inférieurs.

Cette affection fut désignée depuis sous le nom d'abcès froids lombo-iliaques, de mal vertébral, de rachialgie par M. le baron Larrey, de gibbosité lorsque ce caractère lui appartient; elle a aussi conservé le nom de mal de Pott, cette dénomination elliptique étant restée dans la science comme un hommage rendu au génie du chirurgien de l'hôpital de Saint-Bartholomew.

En effet, ce fut d'après des recherches profondes, et sur une indication saisie avec sagacité dans les œuvres d'Hippocrate par le docteur Caméron, médecin à Worcester, que Perceval Pott fit plus que d'éclairer le diagnostic de la maladie, qu'il marcha vis-à-vis d'elle dans la voie d'une médication rationnelle, laquelle confirmée d'abord par des succès nombreux du pathologiste anglais, se vit bientôt adoptée par l'Europe chirurgicale.

Ce mode de traitement consiste dans l'application de moxas profonds, dont les escharres sont converties en fonticules que l'on peut établir de prime abord par la potasse caustique. Cette médication n'est pas infaillible, ainsi que se hâte de l'avouer l'auteur anglais, lorsque la maladie a fait de profonds ravages; mais comme seul il peut l'arrêter lorsqu'il est employé à temps et avec la persévérance convenable, ce n'est pas moins une conquête importante qu'a faite l'art de guérir. Ce mode de traiter la carie des vertèbres ou les affections rhumatismales qui y prédisposent, a donc été sanctionné par la plupart des chirurgiens de notre siècle; tous ont adopté ses bases, sauf quelques modifications qu'un petit nombre de praticiens, entre autres M. le baron Larrey, notre illustre chirurgien militaire, ont cru devoir lui imposer.

M. Larrey, qui, au milieu des camps, à la suite des fatigues de la guerre, frappant de toute leur intensité des organisations faibles ou inachevées, comme de jeunes conscrits, ou énervées par les conséquences de l'onanisme, a pu le mieux observer cette maladie désastreuse, préfère le moxa a la suppuration longue et débilitante du cautère potentiel; il en réitère souvent l'application, en mitige l'action, en ne donnant aux moxas qu'il appelle chinois qu'une force d'ustion moins grande. On pourrait encore les préparer avec cette composition que M. le docteur Jacobson de Copenhague emploie : c'est le chromate de potasse, dont la déflagration sur la peau donne une vive chaleur, sans produire une brûlure profonde.

Nous pensons que M. Larrey fait un usage bien utile de ces moyens pyrotechniques, surtout lorsque l'affection est rhumatismale, ou que le sujet est déjà épuisé par une longue cachexie. Il faut alors relever les forces; M. Larrey y parvient en favorisant la diaphorèse insensible par le sirop de Cuisinier et le sirop anti-scorbutique de nos pharmacopées, qu'il fait prendre à doses égales (℥ β aa) dans une infusion amère de gentiane ou de garance; il donne à ses malades la tisane de houblon; le soir, il administre l'électuaire thébaïque thériacal à prendre dans du vin de Bordeaux. Ces moyens confortatifs ont la plus heureuse influence sur la santé du malade. C'est ici le lieu d'exprimer combien le régime plus riche et plus réparateur des hôpitaux militaires de terre et de mer en France l'emporte sur le régime des hôpitaux civils même de la capitale, et l'on dirait que les chirurgiens de ces établissemens, par une crainte excessive des excitans, conspirent avec toutes les causes d'insalubrité qui les entourent, au lieu de les combattre par des moyens qu'ils n'ont, il faut le dire, que rarement entre les mains.

Tous les auteurs qui ont écrit sur notre art depuis Pott, et je citerai, en France, MM. Boyer, Larrey, Roux, Ribes, tous nos professeurs de clinique chirurgicale, et entre tous, M. le professeur Dupuytren, si puissant par son diagnostic et son pronostic dans les cas de cette affection, ont fait passer dans leurs ouvrages, ou mis nombre de fois devant les yeux de leurs disciples, des exemples malheureusement trop fréquens de cette maladie; ils en ont développé avec soin les signes objectifs et subjectifs, les causes constitutionnelles ou prédisposantes, les causes occasionnelles; enfin, après avoir achevé souvent, il faut le dire, par l'examen cadavérique, le tableau affligeant des dernières conséquences de cette maladie, lorsqu'elle a marché à la faveur d'une incurie complète, d'une fâcheuse expectoration, ou sous l'empire d'une constitution profondément altérée, ces maîtres de l'école ont tour à tour posé les bases à peu près identiques du traitement à opposer. Si quelque différence s'est élevée dans la doctrine relative aux abcès symptomatiques, elle a porté sur l'opportunité des ouvertures à pratiquer par l'art dans ces vastes collections purulentes formées à la suite des affections des parties osseuses et fibreuses du rachis. Les uns ont préféré une ouverture étroite, exploratrice, à l'aide du caustique, ou d'un bistouri acéré, ou d'un trocart étroit; ils ont voulu laisser le pus s'écouler peu à peu, éviter, s'il était possible, l'entrée de l'air et la décomposition

consécutive hydrosulfurique du pus, sa résorption, et la fièvre hectique : mais ont-ils pu y parvenir ? Nos observations à cet égard nous ont appris que M. Dupuytren, qui en agit ainsi, voit le plus souvent ses prévisions trompées, et bien souvent nous avons vu au quatrième ou cinquième jour le pus devenir fétide, et la série des accidens commencer. D'autres praticiens ont préféré une large ouverture, pour vider la collection tout d'une fois, soit à l'aide de l'instrument tranchant, comme feu M. Boyer, qui serait revenu à cette méthode, après avoir changé de pratique à cet égard, et cette conduite dans un homme d'un jugement aussi sain et aussi droit que l'était M. Boyer, est une présomption en faveur de cette doctrine. M. Larrey ouvre le dépôt symptomatique et tous les abcès froids, à l'aide du fer en couteau à deux tranchans et incandescent, et fait aussi une large ouverture. Son pansement se fait ensuite à plat, avec une grande quantité de charpie enduite d'un digestif animé ; par là il excite dans le foyer une suppuration de bonne nature, il évite tous les dangers de la résorption, et s'oppose à l'action de l'air. Comme sa méthode ne diffère de celle de M. Boyer, que parce qu'il fait rougir le couteau, peut-être, dans le monde, pourrait-on retrancher cette circonstance, qui fait une impression terrible même sur les assistans, quoique nous ne la regardions pas sans utilité, et nous en avons vu plusieurs fois des succès remarquables, lorsque nous suivions les visites cliniques du noble vétéran de la chirurgie des armées, à l'hôpital alors de la garde au Gros-Caillou (1827).

Tous les maîtres de l'art, disions-nous, ont bien décrit, suffisamment connu, prudemment traité la maladie qui nous occupe : la matière pourrait être épuisée ; mais n'est-ce pas trop présumer de nos forces, que de penser pouvoir ajouter quelque chose d'important sur le diagnostic différentiel local, touchant la région affectée. Dans un sujet qui mérite tant d'attention de la part du praticien, pour être guidé avec plus de certitude dans l'application des moyens de traitement, ajouter quelques élémens de certitude c'est beaucoup faire.

Il faut le dire, il est un point de diagnostic dans l'histoire des abcès symptomatiques sur lequel nous n'avons pas trouvé les renseignemens offerts par les auteurs suffisamment précis et certains ; *c'est sur la route que doivent suivre nécessairement, selon nous, les fusées purulentes tirant leur source de tel ou tel point carié ou dénudé, pour se faire jour au dehors.* Les auteurs, il nous semble, ont trop laissé au hasard, ou à des circonstances purement physiques, telles que la déclivité, le soin d'éclairer le rapport entre les vertèbres affectées et la voie que le pus a dû suivre pour faire sa trouée au dehors. Si quelques uns ont donné là-dessus de faibles éclaircissemens, ils ne procèdent jamais que par des *à peu près*, sans chercher à établir une utile déduction générale, et qui puisse servir dans tous les cas : qu'il suffise de transcrire ce que MM. Larrey, Boyer et Roux ont écrit à ce sujet.

(Tome IV *des campagnes*, page 369.)

« Dès les premiers temps de l'érosion, il y a émission de tous les vaisseaux lésés, d'un fluide ichoreux purulent qui s'arrête d'abord sous les membranes et les trousseaux ligamenteux ambians, s'infiltre ensuite ou s'épanche dans les voies celluleuses *vers les points déclives*, ou *vers ceux où se trouve le moins de résistance*, et s'accumule dans des points plus ou moins *éloignés*, où il produit ce qu'on désigne sous le nom d'abcès symptomatiques, d'abcès par congestion. »

« La marche de ces abcès varie à l'infini ; le plus souvent ils s'établissent dans les régions dorsale ou scapulaire, la matière fuse à travers l'interstice des muscles, des attaches tendineuses et des apophyses transverses, s'accumule dans les parties formées par les aponévroses et les muscles larges du dos ; quelquefois le pus passe sous les piliers du diaphragme, suit la direction du muscle psoas derrière le péritoine, s'amasse au pli de l'aîne, ou passe par le bassin, d'où il gagne la région fessière. Dans d'autres cas, il suit la direction des côtes derrière la plèvre, et va former des collections dans l'un des points de la partie antérieure de la poitrine. (Nous nous permettons un doute en ce point : nous n'avons jamais vu, dans la carie du rachis, le pus cheminer le long des côtes.) Au reste, ajoute M. Larrey, rien n'est plus *bizarre* que la marche de ces fusées, et le développement des abcès qui en sont le résultat, ce qui doit rendre le praticien très-circonspect dans son pronostic, ainsi que dans l'emploi des moyens à mettre en usage. »

Si un praticien, aussi bon anatomiste et aussi bon observateur que M. Larrey, se trouve contraint d'appeler *bizarre* la conduite des abcès purulens, nous aurons rendu un service à la pratique chirurgicale, en montrant que cette bizarrerie apparente, est pourtant un effet bien déterminé de l'organisation, et que le chirurgien averti, trouvera dans ces circonstances réputées fortuites le meilleur guide dans la détermination du lieu affecté.

Voilà ce que dit Boyer, tome premier, page 87.

« Quelles que soient les causes des abcès par congestion, le malade éprouve long-temps avant la manifestation de l'abcès, au voisinage des os dont la carie a donné lieu à la formation du pus, une douleur sourde, obscure, mais continue, qu'il regarde ordinairement comme rhumatismale..... A mesure que le pus se forme, la douleur diminue, et au bout d'un temps plus ou moins long, il se manifeste une tumeur dans un endroit *quelconque* plus ou moins éloigné de la colonne vertébrale, par exemple au dos, aux lombes, dans *quelque point* de la région abdominale, à la marge de l'anus, mais *le plus souvent à l'aîne*. Celui-ci poussé par l'action du diaphragme, et des muscles abdominaux, fuse le long du psoas et des vaisseaux iliaques, et va se creuser un foyer à la partie antérieure supérieure de la cuisse, derrière l'aponévrose du *fascia lata*. »

M. Boyer n'a ignoré aucune des circonstances des abcès symptômatiques, relativement au point où ils viennent faire leur trouée au dehors, mais entre le lieu affecté et le lieu d'élection, allons-nous dire, de l'abcès froid, aucun rapport n'est saisi, et l'on reste dans un

vague d'autant plus fâcheux qu'il se mêle à cette histoire incomplète des fusées purulentes quelques erreurs que nous nous permettrons de signaler, sans attaquer l'esprit d'observation du célèbre chirurgien qui n'est plus.

M. le professeur Roux (Dict. en 21 vol. art. *Abcès*, t. I), n'offre rien de plus satisfaisant à cet égard. « Le pus qui forme l'abcès par congestion a une source éloignée dans une *partie quelconque*, et le plus ordinairement en conséquence de la carie d'un ou plusieurs os; il s'est frayé une route ou *droite* ou *tortueuse*, au *milieu du tissu cellulaire, cédant à son propre poids*, ou poussé par l'action des organes, il a parcouru un trajet plus ou moins étendu avant de s'amasser dans un lieu *toujours déclive* par rapport au siége de l'affection principale. Un abcès par congestion éloigné ne se forme qu'autant qu'il existe quelque obstacle naturel à la manifestation d'un abcès extérieur près de l'endroit où la suppuration est établie, et que des circonstances d'organisation qui, pour l'ordinaire coïncident avec celle-là, rendent facile le déplacement du pus. »

Quoi de plus vague que les premières énoncées de ce paragraphe; le pus fuse, y est-il dit, au milieu du tissu cellulaire, sans préciser les directions; il arrive d'une partie *quelconque* ce que personne ne met en doute; mais ne pourrait-on chercher à la définir? Le lieu est toujours déclive! et la déclivité est-elle donc devenue une loi de l'organisme? Nous prouverons qu'elle est ici en défaut, ou d'un très-mince effet sur le lit et dans le décubitus prolongé du malade; mais la fusée suit d'autres circonstances d'organisation, que l'on voit être désirées, recherchées par le génie éminemment investigateur de M. Roux, et que nous croyons pouvoir offrir aujourd'hui à sa saine critique ou à son approbation.

Il n'y a rien à cet égard dans le dictionnaire de Samuel Cooper (art. *Carie des vertèbres*), et pourtant les savantes notes de Brodie, de Pott lui-même, de Bariston y sont analysées.

De tous les auteurs le seul qui donne quelque aperçu à cet égard, est Béclard, mon premier maître en chirurgie (Anatomie générale, chap. *Tissu cellulaire*). Il y dit: « Des traînées celluleuses font communiquer l'intérieur du tronc avec les membres par les trous intervertébraux, les échancrures sciatiques; « mais il ne pose pas la nécessité de ces fusées purulentes marchant suivant ces traînées celluleuses dans des directions définies.

Dans l'histoire des abcès symptomatiques, il y a donc un manque de précision, nous allons tâcher de combler cette lacune.

Deuxième partie. — *Étude anatomique des parties.* — C'est sur le rapport forcé par des dispositions anatomiques étudiées avec soin, que nous croyons pouvoir avec quelque confiance présenter un aperçu neuf et concluant sur les abcès symptomatiques. Nous osons espérer que ce travail pourra ajouter à la certitude du diagnostic un élément de quelque importance, en précissant d'une manière plus exacte la route nécessaire des fusées purulentes, en établissant un rapport constant et direct entre l'abcès extérieur et le point carié ou dénudé, de manière à faire remonter, avec un degré satisfaisant d'exactitude et par la voie anatomique, du siége extérieur de la collection au point précis affecté de la colonne vertébrale, et cela lors même qu'il n'y a de ce côté aucun signe objectif, tel que gibbosité, courbure, déviation, ou subjectif, comme la douleur locale, etc.

Si nous parvenons à démontrer la réalité de l'opinion énoncée, nous croirons avoir ajouté quelque chose aux lumières déjà répandues sur cette matière par les auteurs qui en ont parlé, et surtout par M. le baron Dupuytren, dans la clinique duquel nous avons recueilli les faits nombreux qui sont venus confirmer nos premiers aperçus. Dans un sujet de cette importance, donner au diagnostic un degré de précision de plus, c'est faire quelque chose d'utile, ou du moins c'est le but que nous nous sommes proposé en publiant ce résultat de nos recherches.

Les vertèbres mobiles qui composent le rachis et les vertèbres soudées qui constituent l'os sacrum, sont formées d'un corps ou disque épais où prédomine le tissu spongieux des os courts; tissu à mailles larges, très-riches en artères et surtout en veines. Les corps vertébraux sont recouverts d'une couche très-mince de tissu compacte en avant et sur les côtés, et encore sont-ils plus faiblement protégés par une ossification serrée dans l'intérieur du canal vertébral. En avant, la série des vertèbres est revêtue par les plans superposés du grand surtout ligamenteux antérieur, en arrière dans le canal par un trousseau ligamenteux denticulé, mince, qui n'occupe guère que la ligne médiane, et ne revêt pas les contours des trous de conjugaison, formés par l'échancrure sygmoïde d'une vertèbre supérieure et d'une vertèbre inférieure.

Ainsi le peurteur osseux qui forme le trou de conjugaison est la partie la plus faible, la plus mal défendue contre les érosions du dedans en dehors, de tout le corps de la vertèbre.

Un grand nombre de vaisseaux artériels et veineux traversent ces appareils ligamenteux (voyez l'ouvrage de M. Breschet sur les *Veines du rachis*), et pénètrent la spongiosité du corps vertébral, aussi est-ce de tout le système osseux la partie la plus vivante et la plus prédisposée à tout travail d'inflammation et de suppuration, et à la carie active dans un tissu osseux si richement vasculaire, et rarement à la nécrose avec ou sans séquestre; les cartilages diarthrodiaux s'enflamment, et s'usent dans ce cas; on a dit que c'était primitivement, nous croyons que c'est secondairement, et se désorganisent à leur tour.

Dans les sujets tuberculeux, on rencontre des tubercules enchatonnés dans le centre du corps des vertèbres, ils y subissent toutes leurs phases, jusqu'au ramollissement, qui entraîne à sa suite une abondante suppuration; nous avons vu une vertèbre détruite, ne plus former qu'une coque fibreuse.

Les apophyses articulaires, transverses, épineuses des vertèbres, offrent un diploé défendu par une ébur-

nation plus solide, ces parties de la vertèbre se rapprochent donc par la nature des os courts des extrémités, ou même des os en table, aussi ces apophyses sont-elles bien moins souvent affectées que le corps lui-même de la vertèbre.

L'inflammation spontanée ou accidentelle, lente ou plus active du tissu spongieux du corps des vertèbres, est une affection fréquente, soit qu'elle ait pour cause une atteinte générale portée à la constitution, comme les scrophules, les diathèses rhumatismale, tuberculeuse, arthritique, le rachitisme ou l'ostéomalacie; soit qu'elle s'y développe à la suite de contusions; fractures produites par des coups, des chutes, par les corps étrangers, comme les projectiles de guerre.

Ces mêmes accidens peuvent amener des fractures, des contusions des parties apophysaires de la vertèbre, en ce cas, les suites sont différentes, et alors nous n'aurons pas le même degré de certitude dans le diagnostic de la marche du pus qui peut être produit.

Une disposition anatomique de grande importance à étudier est celle-ci :

La dure-mère rachidienne, après avoir fourni à la moelle épinière son fourreau aponévrotique, continue à se porter sur les racines des nerfs dont elle coëffe le ganglion, et donne à la sortie du trou de conjugaison, à chaque faisceau nerveux, son névrilème propre le plus profond; mais un autre fait capital pour la fin de ce Mémoire, c'est que les nerfs rencontrent, en sortant du trou de conjugaison, une sorte d'étui ou de fourreau formé par une gaîne celluleuse qui s'attache en formant infundibulum, au pourtour du trou de conjugaison; il se continue de toutes parts avec les expansions ligamenteuses, qui servent de périoste aux vertèbres. Ainsi renfermé dans une double gaîne, le tronc nerveux s'engage sous les fascias du revêtement intérieur qui se rencontre partout sous les séreuses viscérales; le fascia thoracica ou sous-pleural à la poitrine, fascia-iliaca, pelvia dans l'abdomen : au col il pénètre entre les muscles scalènes et arrive derrière le fascia cervicalis; aux membres les branches nerveuses s'engagent d'abord entre, puis dans la profondeur des gaînes aponévrotiques propres des muscles, si bien décrites par M. le professeur Gerdy.

Cette double couche de tissu cellulaire condensé accompagne les ramifications du système cérébro-spinal jusque dans les plus extrêmes divisions; elle s'amincit à mesure que les filets gagnent en ténuité, de telle manière que pour la pensée qui suit cette division des troncs en branches, des branches en rameaux et de ceux-ci en filets, toute la divison d'une paire rachidienne est contenue dans une gaîne fibreuse extérieure à celle fournie par la dure-mère, le tout formant un vaste cul-de-sac, dont l'entrée est au pourtour du trou de conjugaison et le fond à la périphérie.

Dans l'organisation des animaux vertébrés supérieurs, l'appareil locomoteur, avec les os, les muscles, le système cérébro-rachidien qui lui appartiennent, ses aponévroses d'enveloppe, forme un tout bien indépendant, bien à part de l'être viscéral composé des appareils circulatoire, digestif, et excrétoire.

Le premier de ces deux élémens de l'être organisé, forme à proprement parler l'enveloppe animale, limitée par la peau et les aponévroses sous-jacentes en dehors, et en dedans séparée des sacs séreux des viscères par un autre tégument aponévrotique complet.

L'être locomotile ou d'enveloppe n'est point complétement confondu avec l'être viscéral; celui-ci est pénétré, il est vrai, par des filets de communication, que le premier lui envoie du centre cérébro-spinal, filets qui lient les deux systèmes des nerfs du grand sympathique et de la vie de relation. D'un autre côté, le système vasculaire ou de la vie de nutrition pénètre à son tour par ses extrémités artérielles, veineuses, lymphatiques, par des divisions du deuxième ou du troisième ordre, l'épaisseur de l'appareil d'enveloppe locomoteur, tissu cellulaire, muscles, os. Cette pénétration réciproque n'emporte pas fusion complète, et ne se fait de part et d'autre que par des radicules vasculaires ou nerveuses, comme pour nous montrer une ancienne et entière séparation durant les premiers temps de la vie embryonnaire, et une permanente indépendance plus ou moins profonde à l'état parfait entre ces deux grandes divisions de l'être organisé, comme quelques paralysies générales, l'extrême caducité, viennent le montrer.

Que l'on examine la distribution des gros vaisseaux, l'on verra que, malgré les apparences, ils marchent à partir du cœur soit pour y rentrer non dans les mêmes gaînes aponévrotiques que les nerfs, mais en dehors d'elles. L'artère et le nerf qui semblent cheminer ensemble ne sont pourtant pas intimement unis, l'artère tend à devenir ou à rester superficielle, le nerf, au contraire, à plonger au milieu des fibres musculaires sous les aponévroses profondes; ainsi, que l'on considère l'artère iliaque primitive, l'externe, la crurale, dans le bassin et à la cuisse, on verra qu'elle est tout à fait en dehors des fascia iliaca, pelvia, transversalis, crurale profonde, et tout à fait en dehors de la gaîne des muscles psoas et iliaque, l'artère passant sous l'arche interne du ligament de Poupart, tandis que le nerf crural et ses divisions sont renfermés, depuis leur sortie des trous intervertébraux dans la même gaîne que les psoas, et sortent avec eux du bassin par l'arche externe du pont de Fallope, pour de là se jeter dans les masses musculaires de la cuisse sous l'aponévrose crurale. Il y a donc entre les artères et les veines d'une part, et les troncs nerveux, une complète séparation dans la manière de marcher et de se distribuer : les artères et les veines occupent les coulisses superficielles creusées entre les saillies musculaires et entre les plans des muscles, et les troncs nerveux plongent dans l'épaisseur de ceux-ci. Si quelquefois ils paraissent libres de connexion avec les muscles et les os, comme le nerf sciatique à la cuisse, c'est qu'on ne fait pas attention à ces gaînes fibreuses qui servent de contre-enveloppe aux nerfs et qui les lient intimement aux grandes ceintures osseuses.

Lors donc qu'une fusée purulente a son origine dans une partie profonde du système de la vie de relation,

os, muscles, tissu cellulaire, elle tendra à se faire jour en dedans ou en dehors, et n'y parviendra qu'en éraillant les aponévroses ou fascias intérieurs ou extérieurs, et cela après un temps quelquefois très long, et après s'être creusé de vastes foyers.

Si la suppuration d'abord lente, puis active a pour point d'origine des os profondément situés, comme les vertèbres, peu à peu le foyer qui s'établit entre l'appareil ligamenteux qui revêt l'os et son tissu propre prend de l'ampleur; le périoste se sépare par une sorte de macération; comme il ne perd pas ses connexions avec les traînées celluleuses qui ont le pourtour osseux pour point de départ, le pus qui s'est amassé tend à prendre cette voie pour se faire jour au dehors; cette traînée celluleuse est exactement la même que celle qui enveloppe le nerf, ou cet infundibulum dont nous avons parlé et qui entoure les cordons nerveux. C'est par le premier des trous de conjugaison proche du point carié que la fusée va prendre sa direction, et la direction lui sera donnée par les troncs nerveux qui s'en échappent et qui vont lui servir *invariablement* de filets conducteurs. Au delà de la partie rétrécie de l'infundibulum, le pus écarte la gaîne celluleuse qui le contient, détruit par une sorte de pression et de macération le corps du muscle, et colle ses parois à la gaîne aponévrotique d'enveloppe du muscle, comme le fascia iliaca pour les psoas; le tronc nerveux reste isolé au milieu du foyer purulent, et son névrilème propre le défend jusqu'à un certain point de l'attaque du liquide putride. Cependant ne doit-on pas attribuer à une sorte d'infiltration les tiraillemens douloureux, les contractures, les fourmillemens que les malades ressentent dans les membres inférieurs, alors même qu'aucune courbure de la colonne dorsale ne peut faire soupçonner une compression dans la moelle épinière? La fusée purulente, en suivant les trajets celluleux que nous avons indiqués, arrive à se faire jour au dehors en soulevant, en éraillant les aponévroses d'enveloppe du tronc ou des membres, la peau elle-même s'enflamme, devient adhérente à la poche aponévrotique, et l'ouverture spontanée se fait, si l'art ne l'a déjà pratiquée par un des moyens que nous avons relatés plus haut.

Les exemples pris à chaque région de la colonne vertébrale, serviront à la fois de preuves et de moyens d'explication de cette doctrine.

1° *Région lombaire.* — Que la carie attaque la dernière vertèbre dorsale, ou l'une des quatre premières lombaires, le pus, selon nous, fusera par l'un des trous de conjugaison qui séparent ces vertèbres, et suivra les gaînes celluleuses qui entourent les nerfs qui en émanent; rarement le pus accompagnera les branches musculo-cutanées sorties de la première paire, mais plutôt en passant d'une paire à l'autre, il disséquera les branches anastomotiques qui forment le plexus lombaire dans l'épaisseur du psoas, et prendra pour conducteur le tronc principal qui sort de ce plexus ou le nerf crural; lui-même reste accolé à la surface interne de la gaîne de l'enveloppe ou fascia iliaca, qui isole le foyer de l'abcès symptomatique, des vaisseaux iliaques et du péritoine; c'est alors que l'on sent le foyer formant une saillie molle en arrière des muscles de l'abdomen, dans l'une ou l'autre fosse iliaque. Peu à peu la collection, en prenant du volume et par l'effet de sa pesanteur, et surtout si le malade se tient debout quoique cette circonstance ne soit pas nécessaire, sort avec le muscle psoas par l'arcade externe du ligament de Fallope, et se montre à la partie supérieure externe de la cuisse; où son siége, sa fluctuation molle, l'empâtement qui en résulte feront toujours distinguer ces abcès des hernies et des autres tumeurs inguinales. C'est alors qu'en plongeant avec les attaches du psoas et de l'iliaque jusqu'au petit trochanter la tumeur s'enfonce sous le fascia crural et croise, en les soulevant les vaisseaux cruraux. Ceux-ci sont placés entre ce fascia profond et le feuillet de l'aponévrose criblée qui n'est pour nous que du tissu cellulaire en dépendance avec le derme, et dont la séparation est tout artificielle. Les vaisseaux cruraux ainsi placés au sommet d'une tumeur qui n'offre pas de changement de couleur à la peau, pourraient en imposer pour un anévrysme, si les raisons de position et direction ne devaient éloigner cette idée; mais leur présence rendra le praticien circonspect dans l'ouverture de l'abcès par congestion, qui se fera à peu de distance de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; car c'est alors que le chirurgien, averti par la fluctuation extérieure à la cuisse, et par les signes de la cachexie générale, peut essayer du moyen extrême et dangereux de la ponction. Mais, comme il lui importe de poursuivre localement la carie des vertèbres et la dénudation qui s'en est faite, ce que nous avons dit l'éclairera suffisamment sur le point où il devra appliquer les séries de moxas, c'est-à-dire, dans la hauteur comprise entre les quatre vertèbres lombaires supérieures et la dernière dorsale. L'action des moxas se fera toujours à courte distance, que ce soit l'une ou l'autre de ces vertèbres qui soit attaquée; car la précision que nous pouvons donner ne va pas au delà, et ajoutons, n'est pas nécessaire.

2° *Région lombaire et sacrée.* — Qu'au contraire ce soit la dernière lombaire, les première, deuxième, troisième et quatrième vertèbres sacrées qui soient atteintes, ensemble ou séparément, le pus s'engagera de même dans les infundibulum fibro-celluleux dont nous avons parlé, qui reçoivent à leur sortie le nerf lombo-sacré et les branches antérieures du plexus sciatique; toutes ces branches ainsi contenues dans ces gaînes se trouvent comprises sous le fascia pelvia et sous l'enveloppe propre du pyramidal. Lorsque tous les troncs nerveux se sont réunis en plexus, ils forment le cordon principal ou le nerf sciatique qui sort du bassin par la grande échancrure de ce nom.

Lorsque la carie d'une vertèbre sacrée commence, le pus décolle ou le ligament intérieur du canal, ou le revêtement extérieur et antérieur, puis rencontrant la gaîne d'enveloppe du nerf sciatique, la fusée le prend pour conducteur et sort avec lui du bassin, se creuse, dans la cellulosité qui accompagne ce nerf, une vaste poche qui soulève les fessiers en arrière et arrondit la fesse, en suivant le sillon latéral de cette région, sillon

qui a pour point de départ le grand trochanter, en dehors et en arrière. C'est alors que l'on sent dans cette région une tumeur fluctuante que la pression peut refouler dans le bassin.

Au bout d'un temps plus ou moins long et par l'accumulation de nouveaux matériaux, la poche purulente gagne en étendue, marchant dans la gouttière sciatique qu'elle remplit et déforme, elle arrive au niveau de l'attache du grand fessier, déborde la ligne du carré crural et peut gagner le tiers ou la moitié du membre pelvien.

C'est un cas de ce genre trouvé sur un soldat au Val-de-Grâce, qui nous a donné la clef de cette doctrine concernant la marche des fusées purulentes dans les maladies du rachis. Un sujet se trouvant sur les tables de dissection de cet établissement, où nous cultivions l'anatomie sous la direction de notre habile confrère, le docteur Sédillot, aujourd'hui major instructeur dans cette école de santé militaire, nous observâmes à la région moyenne et postérieure de la cuisse une énorme tumeur qui remontait vers le pli de la fesse, soulevant la masse des muscles de cette région. Cette tumeur d'une grande mollesse était sans changement de couleur à la peau; nous crûmes avoir affaire à une tumeur graisseuse, le cadavre étant peu émacié et n'ayant sur son compte aucun renseignement qui pût faire croire à un abcès symptomatique. Ayant ouvert la tumeur, une sanie d'une horrible fétidité s'échappa par flots, et son action prolongée pendant l'examen attentif que nous fîmes de ce cas intéressant, fut cause pour nous d'une pustule maligne à la main qui mit nos jours en danger.

La poche était considérable, ses parois étaient d'un gris noirâtre au fond, le nerf sciatique était isolé et son névrilème épaissi, et enduit aussi d'une couche de putrilage noir, en remontant vers l'échancrure sciatique avec le tronc nerveux; nous arrivâmes à une communication rétrécie qui faisait le passage entre la poche extra-pelvienne et la poche intra-pelvienne; celle-ci était formée par le décollement du revêtement ligamenteux du sacrum; les quatre vertèbres sacrées, à compter de la deuxième, étaient dépouillées de leur périoste et superficiellement cariées; les vertèbres lombaires étaient saines, et il n'y avait pas d'abcès lombo-iliaques.

C'est autour de ce fait que sont venues se grouper toutes les lumières qui nous ont été données par des cas du même genre, que nous avons recherchés avec soin pendant plusieurs années (1).

Dans le cas du décollement par la carie du ligament vertébral antérieur du sacrum, il arrive ce qui n'a pas lieu dans une autre région; c'est que le pus trouve à s'engager également par les gaînes celluleuses à droite et à gauche, fuse par l'une et l'autre échancrure sciatique, et qu'au lieu d'une tumeur d'un seul côté, on peut en avoir deux; la déclivité fait augmenter celle sur le côté de laquelle le malade sera observé; s'il est sur le dos, la pression alternative fera passer la collection de droite à gauche, de gauche à droite, en passant entre les os cariés et les ligamens vertébraux antérieurs largement décollés. Ce cas est grave, car il montre un vaste désordre. Nous en avons observé plusieurs exemples dans le service de M. Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, mais nous n'avons pu le constater par l'autopsie, quoique ce fait soit anatomiquement démontré pour nous.

Ainsi, nous avons bien circonscrit à la carie des vertèbres, sacrées et de la cinquième lombaire, les fusées purulentes qui filent dans la gouttière sciatique de la fesse.

3° *Carie des vertèbres coccygiennes et dernières sacrées.* — Si ce sont la dernière vertèbre sacrée et les trois vertèbres coccygiennes qui sont cariées, et nous en avons vu des exemples, le pus suivant les traînées celluleuses des cinquième et sixième paires sacréers, marche avec elles entre les plans aponévrotiques qui comprennent dans leur épaisseur les muscles sacro-coccygien, releveur de l'anus; il s'accumule en perforant ces minces aponévroses dans les graisses qui entourent le rectum, et la collection venant se faire jour au dehors le long des faces internes de la tubérosité de l'ischion, peut en imposer pour un abcès stercoral; mais l'odeur du pus qui s'échappe de cette fistule est celle propre aux fluides qui viennent des os malades; le stylet boutonné peut aider le diagnostic, et mettra facilement en cet endroit, sur la voie d'une carie des vertèbres coccygiennes, qu'il peut atteindre.

4° *Région dorsale.* — Les abcès symptomatiques à la suite de la carie ou de la périostite rhumatismale des vertèbres dorsales se voient moins fréquemment que ceux dus à une affection de la région lombaire; cependant les dernières dorsales sont encore assez souvent attaquées par le mal de Pott, et même on voit se manifester une gibbosité consécutive, et alors l'apophyse épineuse de la vertèbre supérieure à celle cariée, qui n'est plus soutenue et qui chavire en avant, se redresse, et devient un signe pathognomonique du lieu affecté et de la vertèbre malade, mais souvent ce signe manque. Aussi doit-on chercher à savoir, si la collection se trouve à la région des lombes, à quelles vertèbres on doit remonter comme siége de la carie? Nous avons observé que, dans les cas de carie dorsale, la marche des fusées purulentes pourra paraître singulière; elle est celle-ci. Ce n'est pas avec la branche antérieure ou intercostale de la paire dorsale, que le pus cheminera pour se faire une trouée au travers du *fascia thoracica*, ou expansion aponévrotique qui passe en dedans des côtes, sert de périoste à leur surface interne, revêt les muscles intercostaux, et double la plèvre; ce fascia dont j'ai constaté l'existence sur

(1) En février dernier nous avons observé à l'autopsie un cas de ce genre; M. Désir, interne de la salle Saint-Jean, et M. Sanson, notre honorable maître et ami, ont bien voulu constater les faits comme je les avais annoncés devoir être avant l'ouverture du corps. L'abcès était lombo-iliaque double, la carie affectait les 1re, 2e et 3e vertèbres lombaires. Les vaisseaux iliaques et cruraux étaient tout à fait en dehors des foyers purulens, qui avaient disséqué les muscles psoas et iliaque, le nerf crural était isolé au fond de la poche de l'abcès.

l'homme, est d'une préparation bien plus facile sur le porc, le bœuf et surtout le mouton.

Dans les cas de carie à la région dorsale, la collection n'arrivera jamais non plus à éraillcr le fascia antérieur qui passe du sternum au devant des plans antérieurs des intercostaux, et, si des abcès froids paraissent en ce point, ils sont dus à une carie locale de la côte elle-même, dans la partie qui se trouve en avant de sa courbure ou angle vertébral.

Dans les cas de carie des vertèbres dorsales et de la septième cervicale, de la tête articulaire des côtes et de leur col, le pus suit une traînée celluleuse qui accompagne les divisions de la branche postérieure des paires nerveuses, dissèque et détruit la portion des masses musculaires lombo-dorsales et arrive avec les rameaux les plus ténus sous l'aponévrose d'enveloppe ou *fascia dorsalis*. Alors fusant entre l'aponévrose et la gaîne propre des muscles que souvent elle entame, et que quelquefois elle respecte, la collection purulente marche selon les lois de la déclivité; car elle ne suit plus de branche nerveuse, et, pour la théorie, est comme arrivée au dehors.

Au point où l'aponévrose dorsale est serrée par le muscle transverse, la collection reste fréquemment stationnaire, et ce n'est qu'en cheminant par une infiltration longue, qu'elle continue à marcher vers le bas, pour s'arrêter définitivement à ce point où l'aponévrose dorsale vient s'attacher à la crête moyenne de l'os des îles et aux apophyses transverses de la première vertèbre sacrée; elle y augmente, et c'est en ce point, le plus extrême de sa marche, qu'elle se fait jour au dehors ou que le chirurgien est contraint à l'ouvrir.

Ainsi, à la région dorsale, et pour la dernière vertèbre cervicale, nous établissons que la fusée purulente passe toujours en arrière; mais il n'est possible de préciser la vertèbre affectée qu'en sachant du malade le point où la collection fluctuante a commencé à se faire connaître; mais n'est-ce pas un grand avantage que d'établir contre toutes les apparences, que l'abcès froid placé en arrière de la colonne vertébrale et s'arrêtant à l'os des îles, appartient toujours à une carie de la région dorsale?

5° *Région cervicale et base du crâne.* — Les premiers espaces intervertébraux entre l'occipital et l'atlas, entre l'atlas et l'axis, et les autres trous de conjugaison de la région cervicale, donnent aussi passage à des paires du système cérébro-rachidien latéral; ces paires se divisent en branches antérieures et postérieures; celles-ci se jettent dans la masse très-serrée des muscles de la région cervicale; les antérieures forment un plexus superficiel, puis profond, dont toutes les parties se communiquent par des anses anastomotiques. Ces branches nerveuses rencontrent à leur sortie des trous de conjugaison les mêmes gaînes celluleuses que nous avons déjà signalées ailleurs, puis elles s'engagent entre les plans des muscles intertransversaires du col et les scalènes : bientôt toutes ces branches se réunissent confusément pour former le plexus cervical, qui lui-même, par des anses, se confond avec le plexus brachial; aussi les fusées purulentes qui commencent à suivre la gaîne d'une des branches du plexus cervical arrivent bientôt à s'engager dans la cellulosité qui appartient au plexus brachial, et descendent en suivant cette voie entre les scalènes à la région latérale du cou, jusqu'à la première côte où elles peuvent s'arrêter, pour franchir plus tard ce passage et se montrer dans l'aisselle ou fuser encore plus bas à la région interne du bras avec un des plus gros troncs, comme le nerf médian.

Base du crâne. — Si ce sont les os de la base du crâne (vertèbres crâniennes), qui sont affectés, comme par exemple, les masses latérales de l'occipital, les nerfs pneumo-gastrique, glosso-pharyngien, l'accessoire du nerf vague, le spinal, qui sortent par le trou déchiré postérieur, l'hypoglosse qui sort par le trou condyloïdien de la masse latérale de l'occipital, serviront de conducteurs, et le pus descendra avec les plus gros troncs dans la gouttière celluleuse latérale du col, en arrière des muscles sterno-mastoïdien et digastrique, pourra soulever la veine jugulaire interne, plus bas l'artère carotide dont les battemens au sommet d'une tumeur profonde et lentement accrue pourront en imposer pour un anévrysme, si les douleurs névralgiques, conséquences de l'atteinte des canaux osseux, ne témoignent d'une affection des troncs nerveux qui y passent.

Si le rocher est carié, soit dans sa portion dure, soit dans sa portion molle ou mastoïdienne, le nerf facial ou portion dure de la septième servira au pus de trace conductrice, à moins que, ce qui arrive le plus souvent, la carie détruisant l'intérieur du rocher, le pus ne vienne à sortir par le conduit auditif externe; ou que l'apophyse mastoïde étant cariée, le pus ne s'amasse en un foyer local et circonscrit en arrière de la rainure digastrique. Nous en avons eu un exemple cette année sous les yeux.

On pourrait suivre cette étude pour les vertèbres antérieures de la tête : mais nous croyons avoir donné assez de détails anatomiques pour convaincre de la vérité de nos vues, et nous les bornerons là.

Conclusion et résumé de ce Mémoire. — Nous avons suivi région par région les caries des os spongieux du rachis, nous avons indiqué d'après des observations qui se sont offertes spontanément, et étudiées sans préoccupation d'esprit, ce que nous croyons avoir saisi d'exact et de régulier dans la marche des abcès symptomatiques dépendant d'un ou plusieurs points cariés du rachis ou de la base du crâne. Il nous reste à établir quelques signes différentiels avec les abcès froids et dépendant d'autres points affectés du système osseux.

Lorsque des os longs, fémur, tibia, péroné, humérus, radius, cubitus, les os courts, métacarpiens, métatarsiens, phalangettiens, et nous assimilons à ces os courts les apophyses épineuses des vertèbres et leurs prolongemens transverses, sont affectés de carie ou de périostite rhumatismale ou syphilitique; ces os qui ne servent pas de ceintures osseuses aux branches du système cérébro-rachidien, conservent autour du point carié, derrière le périoste enflammé et épaissi, le produit de la sécrétion morbide qui s'amasse localement, et qui, ne trouvant pas les traînées celluleuses dont nous avons parlé, ne

fuse jamais au loin ; de sorte que la collection peut bien s'élargir, mais ne peut s'éloigner, et on trouve toujours le point carié au fond de la poche purulente. Cela est encore plus sensible pour les os plats, comme l'os des îles, et le scapulum, le sternum, les condyles des os longs, et les os très-courts du carpe et du tarse ; c'est ce qu'on voit si manifestement dans la coxalgie, dans les tumeurs blanches avec carie des condyles, du genou, du calcanéum, l'abcès reste local, soulève le périoste, mais ne fuse jamais au loin.

Ces considérations qui nous paraissent importantes et qui embrassent toute l'histoire des fusées purulentes du corps humain peuvent être résumées dans les propositions suivantes :

I. Les caries des parties centrales des vertèbres craniennes, et surtout rachidiennes sont accompagnées ordinairement de fusées purulentes. Quelquefois ce symptôme vient à manquer. Lorsqu'il existe, le point où l'abcès se montre désigne anatomiquement la région où existe un point carié ou dénudé.

II. Si le point carié appartient à la masse du sphénoïde postérieur, à ses ailes et à la partie écailleuse du temporal, le pus fusera avec la branche maxillaire inférieure de la cinquième paire ; ce cas est encore inconnu par l'observation.

III. Si la portion pétrée du rocher et la portion celluleuse mastoïdienne sont cariées, le pus s'ouvre une voie par l'oreille moyenne et externe, ou perforant le diploé de l'apophyse mastoïde se fait jour en arrière de la rainure digastrique, et ne fuse pas au loin.

IV. Si les vertèbres cervicales et les condyles de l'occipital sont les points cariés, le pus suivra les branches du plexus cervico-brachial et se montrera d'abord à la région latérale du col, puis derrière la clavicule, dans la région axillaire, et enfin à la partie interne du bras.

V. Si la dernière cervicale et les onze premières dorsales, et la tête articulaire des côtes et l'apophyse articulaire des côtes sont cariées ; la collection purulente se montre en un point quelconque de la région lombo-dorsale, sous l'aponévrose générale, et toujours en dedans de l'angle des côtes, et s'arrête à l'épine de l'os des îles.

Si le corps d'une côte est carié en dehors de son angle de flexion, la carie formera un abcès local qui ne fusera qu'en avant vers le sternum, mais difficilement.

VI. Si la dernière dorsale ou les quatre premières lombaires sont seules dénudées ou cariées, la fusée purulente suivra presque *invariablement* le tronc du nerf crural, disséquera les psoas et iliaque, et passera avec le nerf et les muscles sous l'arche externe du ligament de Fallope, pour se montrer d'abord en haut et en dehors de la cuisse, puis en dedans sous les vaisseaux cruraux, mais sans connexion intime avec eux.

Rarement le pus suit les branches musculo-cutanées émanées de la première paire lombaire, alors le pus s'amasse en un foyer vers l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et en arrière.

VII. Si les vertèbres sacrées et la dernière lombaire sont dénudées et cariées, le pus suivra les branches du plexus sacré par les trous sacrés antérieurs ; le liquide accompagnera le grand nerf sciatique à sa sortie du bassin, et formera une tumeur fluctuante dans la grande gouttière fessière postérieure.

Si tout le sacrum est dénudé ou carié, la tumeur se fera voir de chaque côté en dehors de la fesse et fluera d'un côté à l'autre.

VIII. Si les deux dernières vertèbres du sacrum et les deux premières vertèbres seulement du coccyx sont dénudées et cariées, la collection purulente se fera au milieu des graisses qui entourent le rectum, la carie se manifestant aussi sous la peau en arrière, des fistules et d'autres signes avertiront le praticien sur l'origine du foyer purulent.

IX. Lorsque deux régions, la lombaire et la sacrée, par exemple, sont atteintes chacune dans deux ou trois vertèbres qui se suivent, les caractères de l'abcès symptomatique se combineront. Ainsi dans ce cas, on aura abcès iliaque et fessier, qui communiqueront ensemble, ce dont on s'assure par la fluctuation d'un foyer à l'autre. Ce cas très-grave montre que non seulement les vertèbres des deux régions sont atteintes, mais encore que le pourtour de l'échancrure ischiatique de l'os des îles est dénudé de périoste.

Le lieu primitivement affecté est désigné par le lieu où l'abcès iliaque ou fessier s'est aussi premièrement montré. L'abcès fessier peut se manifester le premier, et la dénudation aller en remontant.

X. C'est pour nous une vérité incontestable que, dans l'économie de l'homme et des animaux, le pus n'accompagne jamais les vaisseaux, artères ou veines, lorsqu'il a pour origine un point quelconque profond du système locomoteur.

Le pus ne fuse le long des vaisseaux, plus ordinairement des veines, qu'en détruisant les traînées du tissu cellulaire superficiel qui se trouvent sous les aponévroses extérieures d'enveloppe ; ces aponévroses n'appartiennent pas au système musculaire, mais au système tégumentaire. Cela se voit dans les phlegmons érysipélateux des membres.

Les artères et les veines, surtout les artères, quoique paraissant quelquefois dans une connexion intime avec les troncs nerveux, se trouvent très-séparées d'eux par des gaînes toutes particulières d'enveloppe, qui pour les nerfs remontent aux trous des ceintures osseuses qui protégent le système nerveux central cérébro-rachidien.

Nota. Des observations nombreuses puisées dans les auteurs, ou qui se sont offertes à moi dans les hôpitaux n'ont pu être transcrites dans le corps de ce Mémoire, dont elles ne feraient que surcharger les détails sans ajouter à sa valeur, nous croyons devoir les supprimer. Les ouvrages de MM. Boyer et Larrey nous les ont principalement offertes ; nous y renvoyons, en priant le lecteur de les commenter d'après nos vues.

—

Mixture de camphre et de muriate d'ammoniaque, dans la rétention d'urine.

Pour qu'une formule de thérapeutique trouve son application utile, on doit la prescrire dans des cas parfaitement limités. Quelquefois la vessie, distendue outre mesure, par la rétention volontaire du liquide, le résultat d'une maladie fébrile, ou l'âge avancé du sujet, perd sa contractilité organique ; ainsi se produit la paralysie de l'organe. Le cathéter est alors le remède habituel ; on l'introduit deux fois le jour, jusqu'à ce que la tunique musculeuse ait recouvré son pouvoir.

Le docteur Somervail a vu des cas où la guérison n'était obtenue que le septième jour. Pour avoir un plus prompt résultat, il a tenté un autre moyen :

En septembre 1830, une négresse eut une fièvre, suivie de suppression d'urine ; une mixture composée de trois grains de camphre et de cinq grains de muriate d'ammoniaque, dans une émulsion de gomme arabique, fut administrée toutes les deux heures. Le lendemain, l'émission naturelle de l'urine était possible.

En octobre, une femme blanche, avancée en âge, et qui avait été long-temps malade, eut une rétention d'urine, pendant plusieurs jours ; elle souffrait beaucoup, la vessie était largement distendue. La mixture camphrée la soulagea le même jour ; le lendemain la guérison était complète.

Plusieurs autres faits établissent l'avantage de cette préparation ; nous sommes loin de penser qu'elle peut s'employer dans tous les cas, et suppléer à l'action du cathéter. Chez les vieillards, par exemple, la paralysie de la vessie pourrait être modifiée par la stimulation du camphre et de l'hydrochlorate d'ammoniaque, mais les sondes à demeure et débouchées, sont aussi très-utiles. Peut-être la mixture du docteur Somervail abrégerait-elle la maladie, en allant réveiller, dans une organisation assoupie, quelques restes de vitalité.

(*The american. Journ. of the med. science.*)

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

NOVEMBRE 1834.

N° DU 1er.

MEMOIRES ORIGINAUX.

—

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

De la maladie en général, considérée selon les diverses doctrines médicales; par Charles Gérard, médecin à Gray (Haute-Saône).

(Troisième et dernier article.)

De l'Eclectisme et du Rationnalisme.

Fatigués sans doute du vague pénible qu'ils trouvaient dans les divers systèmes sur lesquels des médecins célèbres posaient les fondemens de leurs croyances sur la maladie en général, un grand nombre de médecins de nos jours ont cherché, depuis quelques années, à faire revivre parmi nous la méthode éclectique de quelques philosophes de l'antiquité. Chez ceux-là, comme pour ceux-ci, l'*éclectisme* a pour objet de choisir parmi les opinions, celles qui présentent le plus haut degré de vraisemblance. Ce procédé a paru, à quelques médecins, le seul capable de bien diriger la pratique, et surtout de bien fixer les croyances; d'autres l'ont jugé d'une manière parfaitement contradictoire, et ont soutenu que le *vrai* étant indivisible, l'éclectisme, tel qu'on voulait l'entendre, ne pouvait faire connaître la vérité, puisqu'il ne démontre *rien*. Cette première remarque porta quelques esprits à adopter un terme général pour mesurer les documens *avoués* par l'éclectisme; ils prirent la raison, telle sans doute qu'on l'entend en médecine, c'est-à-dire le *compendium* des motifs que l'espèce humaine prend pour régulateur de ses croyances et de ses œuvres, pour *criterium* de leur foi médicale, et firent ainsi ce qu'on appelle du *rationnalisme*. Celui-ci, si je le comprends bien, n'est autre chose que l'acquiescement du sentiment commun en médecine aux opinions émises, soit d'après des démonstrations, soit simplement d'après une interprétation mentale des phenomènes morbides. Ce court parallèle suffit pour faire apercevoir que ni l'éclectisme ni le rationnalisme purs, ne peuvent constituer des systèmes et servir de terme à la croyance ou à la pratique de la médecine. Ni l'un ni l'autre ne démontrent rien, ils n'ont rien qui leur appartienne; avec eux il est impossible d'arriver à la connaissance exacte de la maladie; mais néanmoins tous deux doivent nécessairement témoigner sur la valeur des motifs de conviction. Le premier ne faisant que choisir dans des faits, ne peut rencontrer dans ceux qui existent l'idée naturelle et complète de la maladie; le second s'adressant à la raison, sans lui demander compte de ses motifs, ne peut recevoir d'elle la vérité large et précise exprimant l'état morbide en général. Vainement, pour avoir cette vérité, ferait-on une mixtion pénible de l'éclectisme et du rationnalisme; les élémens que chacun d'eux produirait seraient toujours hétérogènes, parce qu'ils n'arriveraient pas de la même source. Le premier présente cependant un vice radical qui n'est pas dans le dernier: c'est qu'il paraît supposer que tout est vrai dans les croyances médicales, et qu'il suffit d'adopter celles qui présentent les plus fortes empreintes du cachet de la certitude; tandis que, froide et silencieuse quand elle contemple la nature, la raison écoute les sens avec méfiance, les interroge souvent, et balance ordinairement sur leurs témoignages. C'est là le doute rationnel qui siége constamment dans l'esprit des observateurs consciencieux; c'est lui sans doute qui a fait dire à Baglivi que la raison et l'observation sont les deux principaux pivots de la médecine. N'importe, en effet, à quelle époque de son histoire on examine cette science, et par quel système elle soit présentée, toujours on la voit *tournant* sur ses deux pivots. L'éclectisme fait avec soin le recensement des moyens qui ont été employés avec le

plus d'avantage en therapeutique dans chaque affection, et le rationnalisme décide du choix que le cas présent réclame. Mais ici l'on sent vainement le besoin d'une échelle qui établisse les degrés de certitude; l'on ne trouve de criterium que dans le quotient de l'addition des probabilités, dont le nombre est toujours soumis à l'arbitraire individuel. Ce serait donc en vain que l'on prétendrait parvenir à la connaissance de la maladie par la voie exclusive de l'éclectisme et du rationnalisme. L'état morbide étant constamment complexe, c'est-à-dire composé de phénomènes matériels et vitaux, ne peut être saisi par l'esprit humain qu'au moyen d'une série d'opérations intellectuelles, dont le résumé peut être désigné par le mot de philosophie médicale, dont nous avons précédemment exposé les principaux caractères, et dont nous résumerons les résultats d'après les acquisitions de la science, dans un article spécial où sera établie la théorie naturelle de la maladie généralement considérée. Mais avant d'arriver là, signalons l'empirisme, qui nous fournit un des principaux élémens de la notion de maladie, celui en vertu duquel la plupart des intelligences exploitent l'invalidité humaine.

De l'Empirisme.

Le sens de ce seul mot bien compris, désigne assez que son principal élément est composé de ce qui a été éprouvé. Né de l'épreuve, essentiellement formé de résultats, l'empirisme appliqué à la médecine semblerait seul capable de faire bien comprendre l'état morbide, et de présenter la connaissance de la maladie et de l'art de guérir, comme une science parfaite. Mais comme les résultats de cette science ne se manifestent qu'à la suite des moyens qu'elle emploie, et qu'elle agit avec des matières mortes sur des matières animées, il suit inévitablement de là que rien n'est plus variable que les résultats de toute épreuve faite dans un but médical. Les fruits de l'épreuve étant le plus souvent des variétés, l'empirisme médical ne peut présenter à l'intelligence que les résultats de ses succès et de ses revers, dans un nombre connu d'affections semblables ou estimées telles; et encore dans ce cas l'on désirerait connaître la part qui doit être allouée à la nature, qui déploie constamment sa force médicatrice : car l'empirisme n'admet que des guérisons complètes parmi ses résultats. Il importe ici, plus qu'on ne le croit généralement, de remarquer que l'empirisme n'est pas une méthode aussi simple que d'abord elle paraît l'être; car, explorer des phénomènes morbides pour apprécier leurs analogies ou leurs différences, calculer les résultats des moyens de traitement employés dans les cas qui se ressemblent, c'est assurément faire du rationnalisme, de l'éclectisme, même de la philosophie dans toute la latitude de ce terme. C'est donc à tort que l'on a prétendu que l'empirisme n'était qu'une aveugle routine, que du cécisme médical, parce que Bacon a dit des empiriques : *Formicæ more, cogerunt tantùm et utuntur.* Si ce procédé ne peut faire connaître parfaitement l'état morbide et tout ce qui peut le faire cesser, il n'en demeure pas moins vrai que l'empirisme est une des voies les plus certaines pour arriver à l'utile et à la vérité en médecine. Il serait donc temps de cesser de répéter que l'empirique ne se conduisant que d'après l'expérience, agit sans principes et sans raisonnement; car dans ses pensées comme dans ses actions, l'homme sain d'esprit, pendant l'état de veille, ne peut se soustraire à l'empire de son intelligence.

Pour bien saisir l'impossibilité de faire en médecine de l'empirisme pur, il suffit de comparer la manière d'agir de l'empirique avec celle de tout autre sectateur. De prime-abord, comme avec un pénible examen, l'on n'aperçoit de différences que dans l'emploi des facultés intellectuelles et dans les résultats de leurs opérations. L'empirique raisonne moins, est moins capable de raisonner, et surtout de raisonner conséquemment, mais pourtant il raisonne, il ne peut même s'en dispenser. Ce ne peut donc être sans une grande surprise que, dans un mémoire sur l'empirisme et les théories, je vois encore aujourd'hui même Hippocrate rangé parmi les empiriques; Hippocrate, qui n'a mérité le nom de père de la médecine, que pour avoir le premier dogmatisé les faits médicaux observés par l'empirisme de son siècle, en les fécondant par la philosophie! Comme tout autre observateur, l'empirique voit l'état morbide dans le dérangement de l'harmonie des fonctions vitales qui constitue la vie et la santé; il voit aussi si ce désordre existe avec ou sans altération matérielle; il peut même explorer les modifications que présentent les fluides observables pendant les maladies. C'est là la première notion de la maladie. Le médecin qui a une connaissance plus étendue de l'organisme et de ses lois, établit sur la première notion sensitive de la maladie une foule d'inductions, de conséquences, qui ne sont autre chose que des productions intellectuelles, des résultats qui, par eux-mêmes, ne peuvent rien sur l'état morbide, mais qui peuvent utiliser des agens pour le modifier. Cette nouvelle décision n'est jamais fondée que sur l'empirisme, élément primitif et perpétuel de la pathologie et surtout de la thérapeutique.

De l'Anatomo-pathologisme.

Il ne me paraît pas possible de préciser à quelle époque l'on a commencé de faire entrer dans la connaissance de l'état morbide les notions que pouvait fournir l'exploration de la matière malade, et les diverses modifications que celle-ci présentait dans les différentes maladies. Il est *très-probable* que l'état particulier des tissus affectés est entré dans la composition de l'idée de maladie dès la naissance de la médecine; mais il me paraît *très-certain* que la véritable anatomie pathologique ne peut dater que du moment où l'on a contracté l'habitude d'ouvrir les cadavres, et de chercher dans les modifications de la matière des viscères, l'explication naturelle des phénomènes pathologiques observés durant les maladies. Avant cette époque, l'anatomie pathologique ne s'occupait que des modifications morbides des tissus apparens. Si les maladies débutaient constamment par des lésions matérielles appréciables par les sens de

l'observateur, l'anatomie pathologique pourrait seule donner de la maladie une idée parfaite ; mais combien il s'en faut que les choses se passent ainsi !... A moins qu'elle ne provienne d'une cause dont l'action ait été saisie par les sens, la lésion matérielle qui constitue la maladie n'est-elle pas constamment un simple résultat? Et que peut indiquer ou démontrer ce résultat, touchant les premières modifications du sentiment intime ou de l'altération de fonctions organiques, qui ont annoncé la naissance de la maladie? En peu de mots, une lésion matérielle quelconque, à moins qu'elle ne soit l'effet d'une cause vulnérante, est-elle une affection primitive ou secondaire? On ne peut affirmer ni l'un ni l'autre ; et, qui plus est, l'étiologie bien considérée et bien comprise nous avertit que dans ces derniers cas l'altération est *complexe* quoique souvent la cause soit *simple*. Ainsi, bien que par l'évidence de leurs bases les notions que l'anatomie pathologique fournit sur la maladie méritent beaucoup de confiance, et soient capables d'intéresser vivement l'observateur, il n'en est pas moins vrai que seules elles ne peuvent faire concevoir l'état morbide d'une manière qui satisfasse parfaitement les esprits exigeans dans leurs motifs de conviction. Que l'on prenne pour exemple de la conviction qui peut jaillir de l'anatomie pathologique, une maladie dénommée en vertu des idées fournies par l'anatomo-pathologisme, l'hépatite, si l'on veut, et que l'on réfléchisse sur la certitude que cette désignation imprime à l'esprit. On *croit*, car les mots indiquent des croyances, réelles ou fictives, que l'on a sous les yeux une maladie du foie ; l'on sait que ce viscère est affecté, mais de quelle manière l'est-il? Est-ce une affection primitivement locale qui influence le reste de l'organisme ; ou celui-ci, affecté généralement, l'est-il d'une manière plus prononcée dans la portion de ses élémens dont le foie est composé? L'anatomie pathologique ne peut résoudre ces questions par elle-même, il faut que l'intelligence cherche ailleurs des motifs. En effet, cette partie de la médecine présenterait vainement son flambeau funèbre à l'intelligence de l'observateur, si celui-ci n'avait soigneusement pris acte des phénomènes morbides dont les investigations posthumes ont révélé la véritable source. Il suit nécessairement de là que l'anatomie pathologique ne peut fournir que des renseignemens complétifs de l'idée de maladie ; mais qu'elle est incapable par elle-même de constituer une science proprement dite. Cette dernière remarque fait néanmoins voir que, dans les états morbides où les tissus affectés ne sont pas observables par les sens, il existe évidemment une immense lacune dans la conviction, lorsque l'anatomie pathologique n'a pas décelé les altérations matérielles d'où surgissaient les signes morbides observés. D'où il est indispensable de conclure que les recherches nécroscopiques ont puissamment contribué à la manifestation de la certitude de la médecine, et qu'elles continueront d'en affermir les bases ; mais que cette certitude n'atteindra le degré de perfection auquel l'esprit humain paraît pouvoir arriver, qu'après que la chimie aura fait connaître les altérations que les fluides éprouvent dans les diverses lésions matérielles. Quand on sera parvenu à ce point, il ne restera plus qu'à préciser si la lésion physique a précédé l'altération chimique, ou *vice versâ*, et à décider si l'on doit traiter par des moyens qui agissent mécaniquement ou chimiquement. Si l'on trouvait ce dernier complément, la médecine, dont on ne possède maintenant que les principaux élémens, serait une science véritable et complète.

Théorie complète de la maladie.

S'il est vrai, comme je crois l'avoir démontré par tout ce qui précède, que jusqu'à ce jour aucune doctrine médicale n'a donné de la maladie généralement considérée une idée parfaitement exacte, il doit paraître presque impossible de donner une solution satisfaisante de ce qu'on doit entendre par *état morbide*. Galien, Paracelse, Boerhaave, Thémison, Selle, M. Broussais, les éclectiques et les rationnalistes, les empiriques et les anatomo-pathologistes, ne nous ont donné que des idées confuses ou imparfaites de la maladie, idées dont nous avons trouvé les premiers rudimens dans le sentiment commun et dans les ouvrages du père de la médecine ; mais toutes les doctrines fondées sur les développemens donnés aux opinions majeures de ces médecins ne montrent, pour prototype de l'état morbide, qu'une *condition* de l'esprit ou de la matière fluide et solide, et laissent à l'intelligence le soin de concevoir ce que c'est que cet état morbide. Tous les chefs de doctrine ont édifié leurs théories avec des paralogismes ; il suffit de se rappeler les remarques que j'ai faites pour être convaincu de la vérité de cette assertion. C'est ainsi que se figurant, comme on l'a fait à toutes les époques, que la maladie était assez connue, parce que le plus souvent elle est assez sentie, chaque doctrinaire n'a fait qu'ajouter son *opinion* plus ou moins bien fondée aux croyances déjà admises ; et bientôt, par habitude, cette opinion arbitraire a été substituée à la certitude d'observation et même de sentiment. Une maladie a donc été considérée comme une aberration de l'âme, une altération des humeurs, un dérangement dans la circulation, une phlegmasie, une irritation de tissus, etc., selon que l'observateur était enclin à diriger son intelligence sur le sentiment, sur l'état des sécrétions ou sur celui de la matière ; mais cette interprétation était le plus souvent fondée sur des inductions oiseuses. Aucune de ces interprétations de la nature souffrante ne donne une notion parfaite de la maladie, parce que cet état du corps vivant pouvant naître de causes multiples qui agissent sur des humeurs, des tissus divers, et exerçant des fonctions différentes, il est évidemment impossible que l'état morbide soit aussi *simple* que l'indiquent toutes les théories dont j'ai rapporté les opinions fondamentales.

Comment donc reconnaître l'état maladif, demandera-t-on, si les notions que l'on possède actuellement sur ce sujet sont quelquefois mensongères et toujours insuffisantes? Avec le sentiment commun de tous les siècles, je répondrai d'abord qu'il y a maladie partout où existe un désordre dans la sensibilité, dans l'exercice d'une fonction, dans la texture d'un tissu, ou une alté-

ration dans les humeurs ; on le reconnaîtra encore d'une manière plus certaine, si les diverses circonstances dont je viens de parler se trouvent réunies. Ce sont ces idées de sentiment universel que les médecins de toutes les époques ont cherché à développer, et c'est de l'extension qu'elles ont reçue que sont nées toutes les théories. Pas une ne définit la maladie telle qu'elle existe naturellement ; mais toutes la décrivent, et ces descriptions sont toutes incomplètes, parce qu'elles sont fondées sur des opinions trop exclusives. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, lorsqu'on veut se borner à constater qu'il y a maladie, selon l'acception que le sentiment commun a toujours donnée à ce mot, il suffit de remarquer qu'il y a dérangement fonctionnel ou matériel ; mais si aujourd'hui l'on veut constater l'état morbide d'après l'acceptation que l'ensemble des connaissances médicales exige que l'on donne à cette expression, l'on sent la vive nécessité d'indiquer toutes les différences qui existent entre l'état de santé tel qu'il est connu physiologiquement, et l'état morbide général avec toutes ses modifications connues. Ici, nous nous voyons replacés au même point où nous étions, lorsque nous examinions les notions que l'on avait de la maladie avant Hippocrate, et encore long-temps après les travaux de ce grand homme. Si nous dirigeons nos investigations sur l'état morbide simple et sur la pluralité des maladies, avec l'aide de la philosophie vulgaire, nous ne nous faisons de cet état et des diverses maladies, que les idées que l'on en avait anciennement ; mais si nos recherches sont éclairées par tous les acquis de la science, nous nous faisons des idées beaucoup plus compliquées que celles que l'on avait alors. Commentons cette assertion, ce sera le moyen de faire connaître si réellement nous avons actuellement de la maladie des idées plus étendues que celles des anciens et de nos devanciers immédiats, et d'établir le plus naturellement possible une théorie de l'état morbide.

Nous avons vu jusqu'ici, en examinant les idées qui fondent surtout les divers systèmes de médecine, qu'aucun ne présente de l'état morbide une notion complète ; j'ai fait observer que cette particularité tenait essentiellement à ce que chaque systématique, préoccupé d'une idée favorite, a voulu tout expliquer par le développement de cette idée, et a dédaigné ou négligé de faire entrer dans la considération des maladies les idées de sens commun et celles d'observations spéciales autres que les siennes propres. Ce qui, dans les maladies, appartient généralement au sens commun, a été laissé perpétuellement dans le vague par la plupart des systématiques ; c'est à ce point que presque tous ont négligé de définir ce que l'on doit entendre par la maladie. Pour avoir de cette dernière condition de l'organisme une idée *médicale*, chaque médecin reporte ordinairement ses souvenirs sur les descriptions de maladies qu'il a étudiées ; et, adoptant autant par habitude que par besoin intellectuel la manière de voir habituelle à certains auteurs célèbres, c'est à la théorie admise par ceux-ci que le praticien rattache sa croyance. Il voit donc dans ses observations, non pas la maladie sous un aspect variable chez les différens sujets, variétés aussi nombreuses que les causes morbifères ; il voit des maladies telles que les décrivent les classiques, et ces maladies sont ordinairement un mélange confus de signes de dérangemens fonctionnels, avec une altération plus ou moins évidente dans les fluides et la matière. Dans toutes les doctrines et à toutes les époques, ce sont les symptômes qui ont dicté le choix des remèdes, qui tous ont été découverts par l'empirisme. Or, ces symptômes que sont-ils par eux-mêmes ? Dans la croyance la plus généralement admise aujourd'hui, on assure qu'ils sont *l'expression des organes souffrans*. Mais quelle lumière cette définition vague porte-t-elle dans l'intelligence de l'observateur ? Elle l'avertit qu'un organe souffre, ou peut-être tout simplement qu'il exerce mal sa fonction. Pour remonter à la cause de ce dernier phénomène, le médecin est forcé de se livrer à une suite d'opérations intellectuelles, par lesquelles il s'approche plus ou moins de la vérité, selon qu'il est muni de plus ou moins de connaissances *abstraites* ou *positives*. Je n'ai pas besoin d'insister sur cette dernière remarque, car si à toutes les époques de l'art de guérir, il n'a pas été dit que l'on n'arrivait à la connaissance de l'état maladif que par les voies dont je viens de parler, du moins cela a été *cru*, et généralement *sous-entendu*, dans toutes les professions de foi médicales. Il n'en demeure pas moins évident que ce sont les chefs de doctrines spéciales qui sont le moins soumis au joug de la nécessité de régler leurs croyances individuelles sur ce qui d'abord était déjà en médecine de sentiment commun, et d'ajouter à la masse des croyances celles qui résultaient de leurs observations particulières. Et il est résulté de cet orgueil, de ce mépris des pensées générales, que loin d'ajouter réellement au nombre des certitudes en médecine, les systématiques n'ont fait que rétrécir l'esprit d'observation, en le forçant à ne voir qu'une très-petite série de phénomènes dans tout état morbide, lorsque le plus souvent les yeux les moins habitués à voir trouvent, dans cette condition du corps humain, une foule d'indices contradictoires avec l'état de santé, sans compter tout ce qu'ils ne peuvent apercevoir. De cette remarque, l'on est forcé de conclure que si l'on ôte d'un système de médecine quelconque deux ou trois idées dont les bases sont plus ou moins bien établies, il ne reste à son auteur que les vérités de sentiment commun ; souvent sa théorie toute entière n'est que ce dernier, arbitrairement interprété par une idée favorite contestable. A parler rigoureusement, aucune de ces doctrines n'est absurde ; mais à raison du droit exclusif que chacune s'arroge de juger les autres, et sur les motifs qu'elles donnent pour expliquer la maladie, l'on peut dire de leurs auteurs ce que J.-J. Rousseau disait des philosophes : « Je les trouvai tous se moquant les uns des autres, et ce dernier point me parut le seul sur lequel ils avaient tous raison. »

Mais ce n'est pas par l'ironie que l'on arrive à la vérité en médecine, et j'aurais été mal compris, si l'on pensait que le but des réflexions que je viens d'exposer fût de décourager les observations de la nature humaine

souffrante, en leur montrant les nuages qui couvrent toutes les théories que l'on a établies pour expliquer la maladie en général. J'aurais été plus mal interprété encore, si l'on pensait que j'ai voulu démontrer qu'il est impossible d'acquérir une connaissance exacte des maladies, et par conséquent de trouver des remèdes capables de les guérir ou de les soulager. Il est évident, au contraire, que, selon mon opinion, l'on ne peut trouver la certitude en médecine qu'en la cherchant avec l'aide de toutes les connaissances dont cette science se compose, en prenant dans chaque doctrine ce que le sentiment commun tient pour vrai, d'après le témoignage bien entendu de l'expérience, et en soumettant les découvertes des expérimentateurs actuels à la vérification de tous les praticiens instruits; car à toutes les époques ceux-ci ont fait dans chaque système la part de la certitude, du doute et de l'absurdité. La progression des sciences médicales prend, de nos jours, une activité prodigieuse, dont la tendance la plus manifeste paraît être de coordonner toutes les idées vraies, émises par les divers systématiques, et de se servir de leur faisceau comme d'un prisme intellectuel pour décomposer l'état de maladie et en apprécier justement toutes les formes.

En procédant de l'ensemble au détail, on trouve généralement dans toutes les maladies l'une de ces conditions:

1° Comme lésions vitales: la *douleur* physique ou morale qui varie selon les causes qui la produisent, et selon les organes ou tissus d'organes qui sont affectés; la *fièvre* comme expression d'une affection générale de tout l'organisme, ou spécialement de quelque organe ou tissu d'organe, et cela, selon les caractères et la manière d'agir des causes morbifères.

2° Comme lésions physiques: 1° l'*hypérhémie* sthénique ou asthénique des organes, leur *hypertrophie* et leur *atrophie*; 2° L'*hyperdiacrinie* variable d'abord selon l'organe sécrétant, et encore selon les qualités des fluides; 3° le développement de *tissus accidentels* ou de corps étrangers; 4° Les *solutions de continuité* et les *déplacemens*.

3° Comme lésions chimiques, les divers genres d'intoxication, et les réactions des élémens organiques les uns sur les autres.

Ces états morbides peuvent se trouver réunis plusieurs ensemble pour constituer les diverses affections qui font le domaine de la pathologie; mais, selon moi, chacune de ces conditions mérite une attention toute particulière de la part du médecin qui explore une maladie quelconque. Ces sujets peuvent faire l'objet d'autant de travaux particuliers que je désirerais voir sortir de mains capables de les confectionner avec le degré de perfection qu'il est permis de concevoir. Je me propose de faire connaître les réflexions que la pratique et des méditations ultérieures me suggéreront sur quelques unes de ces questions, que je considère comme les fondemens essentiels de la pathologie, et que j'ai toujours regretté de ne pas trouver parmi les prolégomènes de la plupart de nos traités de philosophie pathologique. Nous ne possédons maintenant sur ces questions fondamentales de l'art de guérir, que quelques documens encore incomplets et épars dans des ouvrages récemment publiés; mais la direction que les vrais observateurs donnent à leurs travaux, fait penser que désormais cette mine féconde en moyens sûrs pour bien traiter les maladies, sera exploitée plus avantageusement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, et que la science y gagnera de véritables progrès (1).

N° DU 8.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Service de M. le Pr Bouillaud.)

COMPTE-RENDU DES MOIS DE JUILLET ET D'AOUT.

Premier extrait.

La dernière partie du cours de clinique que je vais passer en revue n'a pas présenté un moindre degré d'intérêt que les trois premiers mois dont j'ai déjà rendu compte.—Toutefois, dans ces deux derniers, le nombre des malades a été restreint par plusieurs circonstances; c'est ce qui m'a engagé à les réunir, afin d'offrir un résultat plus large et plus probant sur les divers groupes de maladies que nous avons eu à traiter.

Dans ces deux mois, le nombre des malades admis a été de 96, dont 68 hommes et 28 femmes.

La température constamment élevée qui a régné pendant tout ce temps, a fait diminuer dans une grande proportion le nombre des inflammations aiguës des organes respiratoires pour le reporter en entier sur les affections des voies digestives, de telle sorte que nous ne comptons que six phlegmasies pulmonaires (bronchite, pneumonie ou pleurésie), tandis qu'il s'est présenté trente-sept affections aiguës plus ou moins graves des voies digestives.—J'ajouterai même que c'est principalement dans cette série que nous aurons à présenter des faits intéressans et des résultats remarquables; néanmoins, nous rencontrerons dans d'autres groupes quelques observations dignes d'attention, et sur lesquelles nous ne manquerons pas d'insister particulièrement.

Quatre malades, les nos 1 et 3 (salle Saint-Jean), et 4 et 5 de la salle Sainte-Madeleine, ont présenté des cas d'amygdalite aiguë. Les deux femmes ont été traitées par une saignée et une application de 16 à 32 sangsues au col; toutes deux ont été guéries du cinquième

---

(1) Nous sommes parfaitement de l'avis de M. Gérard sur la nécessité d'étudier en particulier chacun des élémens des maladies; mais il faut avouer qu'il est bien plus philosophique de rechercher quel est celui de ces élémens qui domine tous les autres; c'est ce que les chefs de secte ont toujours pensé avoir découvert, et croyant tenir le principe, ils ont négligé ce qu'ils supposaient être les conséquences: *Indè labes.* (F.)

au sixième jour. Chez le n° 3 de la salle des hommes, on a employé les mêmes moyens auxquels on a ajouté un léger purgatif; ce malade fut guéri le septième jour. Le n° 3 enfin, chez lequel l'affection était légère, fut traité par les évacuans; 18 grains d'ipécacuanha lui ont été prescrits le premier jour, le lendemain un purgatif doux, et le quatrième jour il était guéri.

Deux cas de pleuropneumonie et un cas de pneumonie se sont présentés en juillet et août; tous les trois ont été guéris. — Une seule de ces affections avait lieu à gauche et au sommet (le n° 10), les deux autres (n°s 11 et 12), existaient à droite vers les lobes moyens et inférieurs.

Un de ces derniers, le n° 10, présenta à son arrivée les symptômes d'une éruption variolique en desquammation; il avait une fièvre intense, du reste il disait ne souffrir d'aucune partie du corps. Enfin l'on reconnut à l'examen de la poitrine une pneumonie sur le point de passer au troisième degré; il existait en arrière dans la moitié inférieure du poumon gauche une matité complète, un souffle considérable et une bronchophonie métallique. Ne pouvant pas tenter chez cet individu le traitement des émissions sanguines, on lui prescrivit pendant quatre jours deux gros d'oxide d'antimoine; mais les symptômes restant identiquement les mêmes, on suspendit ce médicament et on mit le malade à l'usage de potions laudanisées, pour remédier à une diarrhée assez abondante. Au bout d'environ dix jours, on fit appliquer sur le côté malade un large vésicatoire, et depuis ce moment les symptômes commencèrent à s'amender, le pouls diminua de fréquence, le sommeil et l'appétit revinrent, l'embonpoint reparut peu à peu, et le malade sortit guéri le 23 août, après 49 jours de traitement. Les deux autres pneumoniques furent traités par la méthode ordinaire et furent guéris en quatre ou cinq jours. Tel fut leur traitement:

N° 10.	3 saignées de 3 à 4 pal.		Ventouses donnant 3 pal.	—	Guéri le 4e jour.
N° 12.	3 saignées	*id.*	Ventouses	*id.*	— Guéri le 5e jour.

Je ne ferai qu'indiquer un cas de légère hémoptysie que présenta une femme couchée au n° 6, et qui fut traitée par les simples émolliens; je passe de suite à deux observations d'épanchement pleurétique et dont l'une surtout mérite de fixer l'attention, à cause de la complication grave qui existait du côté du péricarde. Le malade dont il s'agit était couché au n° 19 et fut depuis replacé au n° 15. Il arriva le 11 août et présenta au premier examen de l'oppression, de la fièvre, un pouls petit, dépressible à 128 puls. par minute, une matité considérable dans la région précordiale qui formait une voussure bien sensible; les battemens du cœur étaient sourds et très éloignés, mais sans mélange de bruit de souffle ni de râpe. Sous la clavicule gauche on entendait un bruit de tiraillement, et à trois pouces au dessous du sein un craquement bien distinct. En arrière et à gauche, même matité avec absence complète de respiration, léger souffle avec broncho-œgophonie. Tels étaient les principaux symptômes que présentait ce malade. Une forte saignée de quatre palettes lui fut d'abord pratiquée, et le lendemain un vésicatoire de 8 p. de diamètre fut appliqué à gauche et en dehors. On ajouta à ces moyens des diurétiques à forte dose; ces derniers médicamens furent seulement administrés durant huit jours, pendant lesquels l'amélioration marcha assez rapidement. On termina le traitement par la prescription de deux gouttes d'huile de croton.

Le 23 août, douze jours après son entrée, le malade était au huitième d'aliment, en pleine convalescence.— L'autre individu qui était affecté d'un léger épanchement pleurétique, fut traité par un vésicatoire, et ne tarda pas à sortir tout-à-fait guéri.

Je passe maintenant à un autre genre d'inflammation aiguë qui se présenta pendant ces deux mois assez fréquemment, quoique son existence se trouve plutôt liée avec la température froide et humide; je veux parler du rhumatisme articulaire aigu ou pour mieux dire, de l'inflammation des synoviales articulaires. Il s'en présenta cinq cas dans le mois de juillet et deux dans le mois d'août: sur ce nombre, les n°s 7, 11, 12, 13 et 16, étaient couchés dans la salle des hommes: les deux autres, n°s 3 et 9, appartenaient à celle des femmes: ces phlegmasies furent toutes intenses, et cependant à des degrés différens. Chez le n° 7, malade depuis quatorze jours, la phlegmasie, après avoir envahi tout le système articulaire, se concentra dans le genou droit. Cette affection fut combattue par deux applications de ventouses donnant trois palettes et demie de sang chacune, par celle de trente sangsues ordonnées les trois premiers jours. On employa ensuite la compression et les frictions mercurielles, puis une dernière application de sangsues termina le traitement, qui dura dix-sept jours, au bout desquels la guérison était complète.

Chez le n° 11, malade depuis huit jours, dont le pied droit, le genou gauche et l'épaule droite étaient fortement entrepris au moment de l'entrée, on employa coup sur coup trois saignées de trois palettes chacune et une application de ventouses donnant à peu près la même quantité de sang. Quelques frictions mercurielles, aidées de la compression, acheva ce traitement, qui dura six jours.

Chez le jeune homme couché au n° 13, l'inflammation rhumatismale, fixée aux deux poignets, fut d'une extrême ténacité; à son entrée, il souffrait depuis deux jours seulement, malgré sept saignées de trois palettes environ, une application de ventouses et de sangsues, il n'était pas encore complétement guéri lorsqu'il demanda sa sortie, après trois semaines de séjour à l'hôpital. On avait joint à ce traitement antiphlogistique, les bains, les narcotiques à l'intérieur, et à l'extérieur, les frictions avec le cérat mercuriel et la compression. Ce n'est pas la première fois que j'ai été à même d'observer que le rhumatisme aigu fixé aux poignets, était plus rebelle au traitement que partout ailleurs.

Le malade couché au n° 13 avait éprouvé un rhumatisme presque général avant d'entrer à l'hôpital; mais à

ce moment, le poignet droit et le genou gauche seuls étaient entrepris ; ajoutons qu'il était malade depuis cinq semaines au moment de son entrée. On lui fit le premier jour une forte saignée de cinq palettes, les deux jours suivans, deux autres de quatre et de trois palettes, et cinq jours après son entrée il était délivré de toutes ses douleurs, qui n'ont pas reparu.

Chez le n° 16, malade depuis 8 jours, et dont le coude-pied gauche, puis l'articulation coxo-fémorale droite, furent affectés, on employa deux saignées de trois palettes et demie chacune et une application de vingt sangsues ; il fut guéri au bout de huit jours de traitement.

Chez les deux femmes, l'inflammation articulaire fut traitée avec une égale vigueur et emportée aussi rapidement.

La malade du n° 3, qui depuis quinze jours avait les deux coude-pieds et les deux genoux douloureux, tuméfiés et rouges, fut, malgré un commencement d'état chlorotique, traitée par deux saignées de trois palettes et demie chacune et deux applications de ventouses, elle fut guérie le douzième jour.

L'autre, couchée au n° 9, femme robuste et pléthorique, entreprise trois jours avant son entrée par un rhumatisme général, qui depuis s'était borné aux articulations des membres inférieurs, fut traitée par sept saignées de deux palettes, faites dans l'espace de treize jours et guérie le seizième jour, sans qu'il survint aucun accident consécutif.

Ainsi, voici encore de nouveaux faits bien précis, bien détaillés sur lesquels on ne peut élever aucune objection qui viennent encore militer en faveur de l'opinion déjà tant de fois émise dans ce recueil, c'est-à-dire qu'on peut diminuer la durée d'un rhumatisme articulaire aigu, qu'on peut le guérir en dix à douze jours, sans que de toute nécessité on soit obligé de le laisser se prolonger pendant six semaines ou deux mois.

A cette occasion aussi, je ne puis m'empêcher de relever quelques assertions, selon moi tout-à-fait inexactes, et que l'ai lues dans un article récemment publié dans ce recueil.

M. Barthelémy, qui en est l'auteur, dans la comparaison qu'il fait pour le traitement de l'*arthrite rhumatismale* entre la méthode par les saignées générales et celle par les émissions sanguines locales, se déclare formellement contre la première de ces méthodes ; il accorde seulement une ou deux saignées qui doivent précéder les applications de sangsues, qui sont, selon ce praticien, les moyens les plus efficaces.

Je pense au contraire que dans la presque généralité des cas, les saignées générales amèneront une guérison plus complète et plus prompte. Je puis affirmer de nouveau que j'ai vu un grand nombre de fois les rhumatismes articulaires aigus les plus intenses, les plus généraux, guéris chez des sujets appropriés par cinq, six et même sept saignées pratiquées coup sur coup, sans avoir à redouter aucun des inconvéniens qu'énumère longuement M. Barthelémy. La malade qui termine le compte-rendu des affections rhumatismales en est une preuve remarquable ; elle était âgée de 42 ans, mais forte et sanguine ; on lui fit sept saignées de trois à trois palettes et demie, dans l'espace de treize jours, et elle fut guérie le seizième jour ; sa convalescence ne fut pas très-longue, et il ne lui survint ni faiblesse, ni anémie, ni infiltration, ni aucune de ces graves terminaisons dont nous menace notre confrère.

Passons maintenant aux érysipèles et aux maladies dites fièvres éruptives, qui nous offriront aussi des résultats assez satisfaisans.

Deux cas seulement d'érysipèle se sont présentés pendant les deux mois que je passe en revue. — L'un existait au n° 7 de la salle des hommes, et il était remarquable par l'existence de bulles remplies d'un liquide citrin qui couvraient en grand nombre le cou, la poitrine et les membres. Cette espèce d'éruption, qui du reste offrait dans d'autres points tous les caractères de l'érysipèle, a dû être par nous rangée parmi ces phlegmasies, en l'en distinguant par l'épithète de bulleux ; elle fut traitée par trois saignées faites dans l'espace de six jours, et par des frictions avec les cérats mercuriel et soufré ; le malade fut guéri en 6 jours.

L'autre cas fut présenté par une femme couchée au n° 3 : cette malade, d'une santé robuste et d'un tempérament sanguin, offrit les symptômes les plus prononcés d'un érysipèle à la face. Quatre fortes saignées de quatre palettes chacune, faites en trente-six heures, enrayèrent la marche de cette inflammation. — On termina par un purgatif le traitement qui dura six jours, au bout desquels la maladie avait disparu.

Huit cas de maladies dites fièvres éruptives ont été reçus dans ces deux mois, et malgré la gravité qu'ils présentaient, nous n'eûmes à regretter la perte d'aucun malade.—Ils furent repartis ainsi : trois varioles : les n°s 6, 8 (hommes) et 13 (femmes) ; un varioloïde : le n° 5 (hommes), trois rougeoles avec bronchite grave ; n°s 13 et 22 (hommes) et 6 (femmes) ; enfin une miliaire, n° 16 (hommes), qui offrit peu d'intérêt et sur laquelle je n'insisterai pas.

Quant aux varioles et à la varioloïde que j'ai distinguée à dessein, parce que dans un cas il y avait eu vaccine, elles furent toutes confluentes, à l'exception de celle que portait la malade couchée au n° 13, et qui fut guérie en douze jours.

Chez les trois malades atteints de variole proprement dite, on débuta par une saignée de trois à quatre palettes. Le n° 8, qui passa depuis au n° 25, et qui eut les accidens les plus graves, eut de plus une application de vingt-quatre sangsues aux mastoïdes ; mais ce qui, à mon sens, eut le plus de part à sa guérison inespérée, ce fut des inspirations légèrement chlorurées, qui lui furent administrées avec un soin et une persévérance extrêmes par M. Richard Desruez, à l'aide de son appareil fumigatoire. Ce moyen eut pour but de remédier à l'éruption variolique qui se développe toujours dans ces cas de variole extrême dans le tuyau respiratoire ; et qui, mécaniquement, empêche le passage de l'air.

Le malade couché au n° 6 (hommes) fut également traité par ces moyens, et nous pûmes une seconde fois

constater l'extrême efficacité de cette médication. Ces deux varioleux furent guéris, le premier en quinze jours et le second en treize jours.

Quant au malade atteint de varioloïde dont l'éruption fut aussi nombreuse qu'une variole ordinaire, mais qui eut pour caractère distinctif de tourner rapidement à la dessiccation, il fut soumis à un traitement émollient; vers la fin de cette affection, il fut atteint d'érysipèle aux genoux, puis à la face, qu'on traita par les frictions mercurielles et deux purgatifs; le tout se termina par plusieurs petits abcès au genou; à la cuisse et aux paupières, qui prolongèrent son séjour à l'hôpital pendant cinq semaines.

Les trois cas de rougeole nous furent offerts par deux hommes et une femme, nos 13, 22 — et 6.

Chez le premier, enfant de quinze à seize ans, le symptôme réellement inquiétant de cette maladie éruptive, la bronchite, fut générale et très-grave; on l'attaqua énergiquement par deux saignées de trois palettes et par trois applications de ventouses allemandes, donnant chacune deux à trois palettes de sang, enfin les râles sibilant et muqueux n'ayant pas encore complétement disparu, deux larges vésicatoires posés sur les parties postérieures de la poitrine finirent par en triompher le seizième jour du traitement.

Les deux autres cas de variole furent moins graves; une saignée et une application de ventouses suffirent pour triompher de la bronchite concomitante (1). Un traitement émollient consolida la guérison, qui se fit le huitième et le douzième jour.

C'est avec plaisir que je fais remarquer que dans toutes ces franches phlegmasies aiguës que je viens d'énumérer et dont plusieurs offrirent un extrême degré de gravité, non seulement nous ne perdîmes pas un seul malade, mais encore que dans presque tous les cas le traitement énergique employé par M. le professeur Bouillaud, fit disparaître les accidens. Ces heureux résultats n'eussent pas été certainement obtenus, si l'on se fut borné à faire cette médication expectante qui fait toujours le plus grand mérite du médecin à qui elle mérite le nom de prudent, et qui ne fait le plus souvent qu'engendrer cette foule de maladies chroniques qui viennent s'encombrer et mourir dans nos hôpitaux.

(*La suite au prochain numéro.*)

N° DU 15.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Service de M. le Pr Bouillaud.)

COMPTE-RENDU DES MOIS DE JUILLET ET D'AOUT; par M Jules Pelletan.

Deuxième et dernier extrait.

Je m'abstiendrai de parler de quelques névroses peu importantes, telles qu'une fièvre intermittente, une colique saturnine, un tremblement mercuriel et une chorée, qui ne présentèrent aucune particularité digne d'attention, pour arriver à la série des affections gastro-intestinales.

Je placerai à leur tête deux cas d'iléo mésentérite compliquée de méningite fort grave et qui dans un des cas se termina par la mort.

Chez l'un d'eux (le n° 1,) la méningite fut prédominante; dès les premiers jours de son entrée, les signes devinrent des plus évidens : le trouble des facultés intellectuelles caractérisé par un délire calme fut remplacé dans les derniers momens par l'assoupissement et le coma; du reste, les symptômes abdominaux avaient été accessoires, il n'y avait pas eu de diarrhée, la langue avait présenté un peu de rougeur et de sécheresse, le ventre avait été légèrement tendu et balloné, il avait existé pendant quelque temps un gargouillement profond et obscur dans la fosse iléo cæcale, enfin une éruption miliaire et des sudaminas s'étaient développés sur toute l'étendue du tronc. Le traitement employé fut une saignée de quatre palettes à l'entrée, renouvelée le lendemain matin; deux applications de ventouses, l'une dans la région du cœur, l'autre à l'abdomen, une troisième saignée de trois palettes, quarante à cinquante sangsues aux apophyses mastoïdes en deux fois, des vésicatoires camphrés aux mollets, des chlorures, des bains, des affusions fraîches et l'application de la glace sur la tête.

Malgré ce traitement, le malade succomba à l'affection cérébrale dix jours après son entrée. A l'ouverture du cadavre, on trouva le cerveau généralement injecté, les lobes antérieurs surtout étaient rouges et injectés, la substance en était poisseuse et molle, la grise surtout offrait un ramollissement très-superficiel et qui ne s'étendait pas au-delà des circonvolutions; les méninges contenaient peu de sérosité infiltrée dans leur tissu; les fosses occipitales étaient remplies d'une assez grande quantité de sérosité trouble, enfin les vaisseaux et les plexus choroïdes étaient fortement injectés. — Du côté des voies digestives, les quatre derniers pieds de l'intestin grêle contenaient des ulcérations rougeâtres et très-prononcées; quelques-unes même avaient tout-à-fait la forme d'un chancre. — Le gros intestin était sain et contenait des matières fécales solides.

Dans ce cas remarquable, il est évident que l'entérite ne fut pas la cause déterminante de la mort, et il me paraît presque certain que ce malade eût pu se rétablir sans la terrible complication qui vint l'enlever malgré tous nos soins.

L'autre malade, chez lequel les symptômes cérébraux prédominaient aussi, était un jeune homme couché au n° 6, et qui à son entrée présenta un trouble marqué de l'intelligence, ses yeux étaient hagards, ses réponses brèves et incohérentes. Sa mémoire presque entièrement perdue ne lui permit pas de nous donner des détails précis sur les antécédens de sa maladie; il se plaignait seulement d'une céphalalgie très-vive; il avait

---

(1) Le n. 22 eut en outre une application de 40 gouttes d'huile de croton sur la poitrine.

une fièvre des plus intenses, sa langue rouge, assez humectée par une salive acide, le ventre généralement tendu était marqué de quelques taches typhoïdes; du reste, ni vomissement, ni diarrhée, ni gargouillement.

D'après cet exposé, il est facile de voir que l'affection cérébrale l'emportait de beaucoup sur l'entéro-mésentérite; l'attention fut donc d'abord presque entièrement portée de ce côté. Les deux premiers jours il fut fortement saigné et on lui fit une application de quarante-huit sangsues aux tempes; dans les deux jours suivans, il eut deux applications de ventouses scarifiées sur l'abdomen, et enfin deux vésicatoires camphrés aux mollets; on joignit à ce traitement énergique l'emploi des chlorures, des topiques réfrigérans sur la tête, des lavemens de musc et des bains; il fut guéri après douze jours de maladie, et sortit après être resté un mois dans les salles.

Puisque je passe en revue les maladies du cerveau, c'est ici le moment de placer un cas remarquable de paralysie qui se présenta dans le service, et qui se termina par la mort du sujet.

C'était un homme de 26 ans, couché au n° 14, d'une constitution vigoureuse, arrivé d'Auvergne depuis huit mois et ayant toujours joui d'une bonne santé.

Il fut pris, sans cause connue, cinq jours avant son entrée, de céphalalgie, de constipation et de faiblesse dans les jambes ce dernier symptôme augmenta rapidement, au point, qu'il ne pouvait se tenir debout. A son entrée, cet état persistait dans les membres inférieurs, qui du reste n'avaient nullement perdu de leur sensibilité; il existait en outre une paralysie bien marquée du nerf facial droit; le pouls était dur et tendu à 76 pulsations, l'intelligence était intacte et le malade exécutait assez bien toutes ses fonctions. Plus tard, l'état que je viens de décrire empira assez promptement, le bras droit perdit aussi une partie de ses mouvemens, les jambes ne purent exécuter dans le lit le moindre mouvement, le pouls s'accéléra, le malade s'affaissa peu-à-peu et succomba vingt-trois jours après son entrée. Dans cette rapide esquisse, je n'ai pas tenu compte de quelques lueurs d'amélioration qui vinrent pendant quelques jours nous donner un peu d'espérance, et qui furent dues au traitement énergique qui fut administré; en voici le résumé: une saignée de trois à quatre palettes à l'entrée du malade, trente sangsues derrière l'oreille droite, une application de ventouses donnant trois palettes et un vésicatoire dans la même région, l'application d'un demi-grain de strychnine à la surface de cet exutoire; des purgatifs drastiques, tels que la gomme gutte, la cautérisation avec le fer rouge le long de la colonne vertébrale et sur la tempe droite, et enfin un long vésicatoire occupant toute la colonne vertébrale.

A l'ouverture du cadavre, qui fut faite lorsque la décomposition putride était déjà avancée, on reconnut un ramollissement à la partie supérieure de la moelle, un autre plus distinct existait aussi à la partie tout-à-fait inférieure. Quant au cerveau, l'état de bouillie dans lequel il était réduit, était sans doute dû en grande partie à la putréfaction, de sorte que nous ne pouvons en tirer aucun renseignement certain.

J'arrive maintenant à l'examen des affections gastro-intestinales, qui, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, ont été fort nombreuses pendant les deux mois dont je rends compte.

Ce groupe, que les anciens auraient placé dans les fièvres essentielles et qui pourrait être en grande partie classé dans les fièvres ou affections typhoïdes de quelques modernes, sera divisé par moi suivant que telle ou telle partie du tube digestif a été malade, et suivant le degré de l'intensité de l'affection.

Et d'abord, je commencerai par les cas les plus simples, par les gastrites légères ou simples, embarras gastriques, caractérisés par une légère céphalalgie, une langue *suburrale*, de l'inappétence, quelques nausées, de la soif, de la douleur à l'épigastre, avec un ventre souple, indolent, sans gargouillement, etc.

Neuf hommes et quatre femmes ont présenté cet ensemble de symptômes et ont été traités de diverses manières. Chez six d'entre eux, on s'est contenté de prescrire des boissons adoucissantes, légèrement acides, des cataplasmes, des lavemens émolliens, le repos et la diète. Dans deux autres cas seulement, à ces moyens on a joint l'application d'une vingtaine de sangsues à l'épigastre. Les cinq derniers enfin ont été traités par de légers vomitifs; on leur a fait prendre dix-huit à vingt-quatre grains d'ipécacuanha, et par ce moyen, que je regarde comme sans importance, *lorsqu'on ne le répète pas trop long-temps*, ils ont été aussi promptement guéris que par la simple médecine expectante. Je note seulement que chez un de ces derniers, l'ipécacuanha et trois grains d'émétique ont été administrés par la méthode endermique. L'ipécacuanha n'avait déterminé que quelques nausées, mais on s'assura que l'émétique avait produit des vomissemens et cinq à six selles.

Je ne ferai que mentionner deux cas de *constipation* traités par de doux purgatifs, pour passer à des faits plus intéressans.

Le second groupe que j'établis est formé par les malades qui ont présenté les symptômes de la *fièvre bilieuse*, ou si l'on veut de la *fièvre typhoïde* à type bilieux. Ils ont été au nombre de six, les n°s 13, 20, 21, 22 et 24 de la salle des hommes, et le n° 10 de la salle des femmes. La gastro-duodénite dont ils ont été affectés a présenté quelques différences sous le rapport de l'intensité de quelques symptômes, mais chez tous il y avait un état général de faiblesse, de la fièvre, un masque jaune empreint sur les traits, une langue rouge aux bords, sèche et couverte d'un épais enduit limoneux, un épigastre sensible à la pression, des nausées et même des vomissemens bilieux, un ventre douloureux, ordinairement sans gargouillement; rarement de la diarrhée.

Chez les n°s 21, 22 et 24, la méthode des émissions sanguines a été seule employée.

Dans deux autres cas, on a joint à ce traitement l'emploi des évacuans, et pour la femme couchée au n° 10, dont l'affection était légère, on s'est borné à l'usage des

simples émolliens. Un tableau fera mieux comprendre tous les détails du traitement dans ces différens cas.

Nous n'eûmes, comme on voit, à regretter la perte d'aucun des malades atteints de cette *forme de l'affection typhoïde*, et si toutes celles que nous avons reçues eussent appartenu à cette *espèce*, je puis affirmer que malgré la gravité que quelques-unes ont présenté, nous n'en aurions pas perdu une seule. Il est donc essentiellement mauvais ce rapprochement qui réunit deux affections, dont le pronostic seulement est si différent, qu'on est obligé de dire que les fièvres typhoïdes A n'étaient nullement les mêmes que les fièvres typhoïdes B.

Donnons le tableau du traitement :

N^os					
	HOMMES.				
13	1 saignée de 3 p.	20 sangs.	1 applic. de vent.	3 p.	24 gr. d'ipec.
		guéris. le 10e j.			
20	»	»	*id.*	3 p.	2 purgatifs.
		guéris. le 12e j.			
21	1 saignée de 3 p.	»	*id.*	3 p.	»
		guéris. le 18e j.			
22	1 saignée de 3 p.	»	*id.*	3 p.	»
		guéris. le 5e j.			
24	3 saignées (1)	»	*id.*	3 p.	1. vés. poitr.
		guéris. le 10e j.			
	FEMMES.				
10	Traitement adoucissant. — Bains.				guéris. le 10e j.

Les iléo mésentérites ou entérites folliculeuses, à l'examen desquelles nous sommes maintenant arrivés, ont toutes été graves et méritent une attention plus particulière. Dix cas de ce genre se sont présentés dans le service, sept hommes et trois femmes formaient ce nombre (2). Neuf d'entre eux n'avaient point passé l'âge de 25 ans ; une seule femme avait 37 ans. La plupart était à Paris depuis peu de temps ; cinq à six mois à peu près, terme moyen.

Les symptômes observés ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence de l'entérite typhoïde. Je ne m'étendrai pas sur leur description détaillée, je dirai seulement que dans tous ces cas l'acidité de la salive a été constatée ; la mollesse, la diffluence extrême du sang retiré par la veine a été rencontrée dans tous les cas, tandis que les éruptions de taches, de pustules ou de sudamina n'ont pas toujours existé ; cinq malades seulement en ont présenté.

Deux malades de cette série de fièvre typhoïde ont succombé ; tous les deux affectés depuis sept jours, étaient déjà arrivés au moment de leur entrée à une période très-grave ; ce sont les n°s 11 et 18.

Je présenterai, suivant mon usage, le traitement qui fut administré à tous ces malades. Ce tableau indiquera plus facilement que de longues pages tout ce que ces observations ont présenté de plus important :

N^os						
	HOMMES					
2	2 saig. 6 palet.	16 sang. aux or.	2 ap. de v. ab.	6 p.	»	t^t chl. » guéri le 30e j. (1)
8	1 *id.*	»	1 ap. de vent.	3 p.	»	t^t chl. » guéri le 6e j.
11	5 saign.	16 pal. 20 sangs. abd.	2 ap. de vent.	6 p.	3 vésicatoires.	t^t chl. » mort le 9e j.
16	1 saig.	3 p. 1/2.	»	1 ap. de v.	2 p. 1/2	» » guéri le 3e j.
18	2 saig.	7 palet.	16 s. aux temp.	2 ap. de vent.	4 p.	2 vés. aux moll. t^t chl. sinap. aff. mort le 32e j.
19	3 saig.	9 palet.	»	1 ap. de vent.	3 p.	» t^t chl. » guéri le 7e j.
24	saig.	2 palet.	»	1 ap. de vent.	3 p.	» t^t chl. » guéri le 10e j.
N^os						
	FEMMES.					
(2)	»	»	»	»	traitement chloruré. non guérie.	
7	1 saignée	3 pal. 40 sangsues ab.		»	traitem^t émollient. guérie le 27e j.	
8	2 saignées	6 pal.	»	1 appl. de vent.	2 p. 1/2	traitem^t émollient. guérie le 6e j.

Si à ce nombre de dix malades nous joignons les six autres rapportés d'autre part, qui étant atteints, selon certains praticiens, d'une forme d'affection typhoïde, figurent à ce titre dans leurs relevés, nous aurons un total de seize cas sur lesquels il y aura eu deux morts ; c'est un sur huit.

Si je fais ce rapprochement, c'est uniquement pour faire sentir combien en ne s'entendant pas bien sur les diverses affections qu'on dit avoir traitées et guéries, l'on peut arriver à des résultats différens en fait de statisti-

(1) Ce malade était en outre affecté d'un léger épanchement pleurétique.

(2) C'étaient les n°s 2, 8, 11, 16, 18, 19 et 24 de la salle Saint Jean, et es n°s 2, 7, 8 de la salle Sainte-Madeleine.

(1) Ce malade eut plusieurs rechutes qui prolongèrent singulièrement sa maladie.

(2) Cette femme, malade depuis cinq semaines, était arrivée à une période très-avancée de la maladie ; elle voulut sortir quelques jours après son entrée. — On ne lui administra que le traitement chloruré.

que médicale. Quant à moi, je préfère dire que, dans dix cas d'entérite folliculeuse ou d'iléo-mésentérite, nous avons eu deux morts, et que les six malades atteints de gastro-duodenite ont été guéris.

Je m'abstiens de toute autre considération à ce sujet, je n'indiquerai pas non plus les divers termes moyens sur le traitement adopté et sa durée, devant donner dans un article suivant un résumé général dans lequel tous les cas qui se sont présentés pendant toute la clinique étant compris, ils fourniront ainsi des résultats plus complets et plus probans.

Je placerai ici trois cas d'ictère qui ne furent pas tous accompagnés de symptômes inflammatoires bien prononcés; ils ne présentèrent rien de remarquable, et je n'en aurais même pas parlé, si l'on n'eût tenté sur l'un de ces malades (le n° 5) d'introduire le calomel par la méthode endermique. On appliqua pendant cinq jours 4 grains de calomel à la surface d'un vésicatoire placé sur l'épigastre, l'action fut peu sensible; les deux premiers jours il n'y eut rien, le troisième et les suivans il y eut une ou deux selles accompagnées de coliques assez vives; on remarqua en outre que la plaie se recouvrit, dès la première application, d'un enduit verdâtre qu'on enlevait chaque fois pour appliquer le calomel, et qu'il ne se produisit pas de salivation. On fut obligé de recourir aux purgatifs employés par la voie ordinaire pour obtenir l'effet desiré.

Il me reste à parler, pour terminer la revue, des affections gastro-intestinales aiguës de trois entéro-colites cholériformes, caractérisées par des vomissemens plus ou moins abondans, des selles liquides très-nombreuses, vingt à vingt-cinq dans les vingt-quatre heures, une faiblesse générale, une soif vive, mais sans phénomènes nerveux, sans crampes, sans cyanose, sans cet ensemble perfide qui accompagne même le choléra-morbus sporadique.

Les n°s 14 et 15 de la salle des hommes, furent soumis le premier jour de leur arrivée, l'un à une application de ventouses sur l'abdomen, l'autre à une saignée générale; le reste du traitement fut basé sur les préparations opiacées. Chez la femme couchée au n° 8, et qui avait à son entrée le véritable facies cholérique, ces derniers moyens furent seuls employés; elle fut guérie le quatrième jour. Chez les deux autres malades, la guérison arriva le cinquième et le neuvième jour.

Pour servir de passage entre les affections dont je viens de terminer l'histoire et les maladies chroniques, je mentionnerai ici l'observation d'un jeune homme atteint depuis un an du tænia, et qui après avoir pris deux fois la décoction d'écorce sèche de racine de grenadier, rendit la totalité de ce ver.

Dans la série des maladies chroniques, je n'aurai presque qu'à énumérer les différens cas qui se sont présentés et qui ont presque généralement offert peu d'intérêt.

Quatre malades atteints de tubercules et un de bronchite chronique, sont entrés dans les salles; deux tuberculeux sont morts et les autres sont sortis plus ou moins soulagés.

Huit cas d'anciennes douleurs rhumatismales ont été traités par les bains simples ou de vapeur, par les opiacés, etc., et sont sortis soulagés après un temps plus ou moins long.

Les affections organiques du cœur ont été au nombre de quatre; un homme, le n° 3, avait une légère hypertrophie, une dilatation générale, surtout des cavités droites. La matité, dans la région précordiale, était de près de quatre pouces carrés, les battemens étaient forts, sourds, sans bruit de soufflet; une saignée, des ventouses dans la région du cœur et l'usage de la digitale à l'intérieur améliorèrent beaucoup son état, et il sortit soulagé après être resté dix jours à l'hôpital.

Une jeune fille de dix-huit ans, couchée au n° 5, présenta une altération organique qui fut diagnostiquée hypertrophie avec dilatation du cœur et induration des valvules gauches; traitée par la digitale et des cataplasmes arrosés de teinture d'iode, elle succomba après un mois de séjour, et présenta à l'ouverture l'hypertrophie et la dilatation générale qui avait été annoncée; l'orifice aortique était très-rétréci par rapport à la capacité du ventricule. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était très-dilaté, de sorte que la valvule bicuspide dont une des lames était ratatinée, ne pouvait empêcher le retour du sang du ventricule dans l'oreillette. Il existait encore plusieurs autres lésions secondaires qu'il serait trop long d'énumérer ici, cette observation curieuse devant être d'ailleurs publiée en entier.

Une femme de 72 ans, couchée au n° 4, présenta un bruit de scie ou de frottement sec produit par l'induration des valvules. C'est ce que l'autopsie démontra; tout le système valvulaire du cœur était épaissi, induré, en quelques points passé à l'état cartilagineux et par conséquent inhabile à remplir ses fonctions.

Enfin, une femme enceinte, couchée au n° 2, avait aussi un fort bruit de soufflet causé par une lésion des valvules; elle sortit après trois semaines de séjour et n'offrit rien de particulier.

Je terminerai enfin par mentionner un cas de péritonite chronique traité par les frictions mercurielles et sorti dans le même état, et deux tumeurs de l'ovaire avec ascite, qui, après avoir été traitées par les diurétiques, et la paracenthèse, furent amendées dans leur marche et permirent aux malades qui en étaient affectés de sortir soulagés.

Dans un prochain article, je ferai le résumé général de toute la clinique; dans cet aperçu, tout de statistique, je ne mettrai guère que des chiffres, renvoyant pour les détails aux différens comptes-rendus publiés chaque mois.

RECHERCHES SUR LES VARICES,

Où se trouve exposée une nouvelle théorie de cette affection des veines; par le Dr Pigeaux.

En marchant sur les traces de Bordeu, de Delpech,

de Béclard, en donnant une extension, une forme nouvelle à leurs idées, sur l'étiologie des varices, M. Briquet avait détruit sans retour la théorie qui subordonne cette affection des veines aux lois de l'hydrostatique. Mieux que ses devanciers, il avait fait voir qu'un abord actif du sang présidait à l'extension permanente des parois des veines; mais, malheureusement, en faisant table rase pour le passé, il ne fut guère plus heureux que ses prédécesseurs dans l'explication qu'il donna du mécanisme de la formation des varices.

L'influence de la contraction musculaire sur ce reflux du sang dans les veines superficielles, substituée par lui aux lois de la pesanteur, et proclamée comme cause spéciale de la formation des varices, était un aveu tacite de l'impuissance où il se trouvait de formuler le résultat de ses recherches, plutôt qu'une explication susceptible de soutenir un examen approfondi. En effet, quand même on admettrait avec M. Briquet un ramollissement préalable des parois des veines, pour expliquer la formation des varices dans telles ou telles veines, à l'exclusion de plusieurs autres, qui se trouvent, en apparence, dans les mêmes conditions, il resterait encore un nombre considérable d'objections à résoudre pour rendre sa théorie applicable à toutes les données de l'observation. Que fait le ramollissement des parois des veines et la contraction musculaire dans ces cas d'apparition brusque des varices du rectum? Quel rapport existe-t-il entre ces deux phénomènes et le développement des veines crurales de cette femme dont il parle, et qui s'effectuait toutes les fois et aussitôt qu'elle devenait enceinte? Le ramollissement avait-il cessé d'exister quand elle s'était fait avorter par la compression des tumeurs variqueuses développées au haut des cuisses? Le déplacement si remarquable de certaines varices qu'on place sous la dépendance d'une douleur rhumatismale, si l'on n'en conteste la réalité, peut-il rentrer dans l'explication proposée par M. Briquet? si tous ces faits lui échappent, n'est-on pas disposé à rechercher une cause moins sujette à faillir dans son explication, pour en faire la base d'une théorie des varices? C'est ce que j'ai tenté de faire.

De l'aveu des pathologistes distingués, cités en tête de ces recherches, et conformément aux observations de leur pratique, il faut toujours ajouter aux causes mécaniques des varices l'intervention d'une activité anormale dans le cours du sang. — C'est en me guidant sur cette importante indication, que j'ai puisé dans l'étiologie, la symptômatologie et le mécanisme du développement des varices, des notions nouvelles sur cette maladie; à des hypotèses, j'ai substitué une cause d'activité avouée de tous; son intervention sur le cours du sang veineux, quoique diversement interprétée, n'en est pas moins évidente, ainsi qu'on peut en juger.

Lorsque la théorie d'Harvey sur le mécanisme du mouvement du sang eut reçu son entière démonstration, l'influence de l'action du cœur dans la production des anévrismes, fut étudiée avec un nouvel intérêt; n'eût-on pas pu aussi naturellement considérer cet organe, dans la formation des varices, comme l'agent d'impulsion extraordinaire dont on se plaisait à reconnaître l'existence? Les varices seraient alors devenues de simples *anévrismes par anastomose*, résultat d'une communication plus facile des deux systèmes vasculaires par le fait d'une dilatation ou d'une perméabilité anormale des vaisseaux inférieurs. De nombreuses considérations militaient en faveur de cette opinion; quelques objections plus spécieuses que fondées s'opposaient en vain à ce qu'elle fut adoptée.

Toutefois, il faut l'avouer, le mécanisme de la circulation, tel qu'il fut d'abord et comme il est encore expliqué, se fût prêté difficilement à cette nouvelle interprétation de la formation des varices, quand même l'idée en eût été suggérée par d'autres considérations. En effet, dans le système reçu, tout le sang artériel devait nécessairement passer par les capillaires, avant d'arriver aux veines. Il eût semblé irrationnel d'admettre que les vaisseaux veineux d'un certain volume, pussent être dilatés par l'action du cœur, sans que les canaux qui leur servent d'intermédiaires le fussent également; pour être plus conséquent avec la théorie qu'avec les faits, et malgré les indices les moins équivoques de cette communication anormale indiquée par divers auteurs (1), on s'en tient aux traditions, laissant à d'autres le soin de féconder cette idée.

Que fallait-il faire pour prouver l'existence de ces canaux intermédiaires aux deux ordres de vaisseaux, canaux qui les font communiquer directement, si non constamment (ce que je suis toutefois porté à admettre), au moins dans certaines circonstances donnés? Il convenait uniquement de tirer les plus simples conséquences des plus grossières injections de nos amphithéâtres, qui, de toute évidence, inaptes à traverser le réseau des capillaires, n'en pénètrent pas moins, par fois, dans les veines, bien que poussées par les artères. D'ailleurs, si de graves considérations tirées de l'anatomie pathologique des varices elles-mêmes, ne fussent pas venues appuyer l'existence de cette disposition anatomique, l'anatomie comparée, malgré toutes les réserves qu'elle commande, l'eût fait au moins présumer. L'injection de l'aile d'un oiseau, où ce mode de communication entre les artères et les veines peut être saisi à *l'œil nu*, aurait mis sur la voie de cette importante découverte. Passons en revue, d'après cette idée fondamentale, les phénomènes dont s'accompagne le développement des varices, et voyons si la nouvelle théorie n'y puise pas d'utiles documens. 1° Le mode de progression du sang à l'intérieur des veines dilatées n'abonde-t-il pas dans cette opinion? A quelle autre cause attribuer l'éruption brusque, énergique et quelquefois *saccadée* du sang des varices ouvertes, signalée par tous les opérateurs? l'état pathologique du vaisseau dilaté, souvent son obstruction presque complète par des caillots fibrineux, n'eussent-ils pas dû plutôt

(1) *Dict. des Sciences Méd.* article ANÉVRYSME. « Les pulsations isochrones aux battemens du cœur que présentent les varices, dans quelques circonstances, pourraient les faire prendre pour des anévrysmes.

ralentir le cours du sang ? Evidemment le mode circulatoire est ici plus artériel que veineux. Si, à la vérité, dans l'immense majorité des cas, les pulsations pathognomoniques de la circulation artérielle ne se font pas sentir dans les explorations des varices, il existait néanmoins assez de cas avérés où cette particularité se trouvait notée, pour qu'on eût dû chercher à approfondir les causes qui nous dérobaient ce signe précieux de diagnostic. Alors, on eût pu voir que le sang artériel, avant de pénétrer dans les voies larges du système veineux, avait déjà traversé des canaux d'un calibre inférieur. On eût pu penser que l'énergique impulsion qui déplace les artères avait dû venir s'y épuiser, sauf le cas d'une anastomose large et presque immédiate; mais que la force de progression dont le sang se trouvait encore animé, restait suffisante pour vaincre la résistance de parois veineuses, bien qu'elle fût impuissante pour leur communiquer cet ébranlement en masse qui constitue le pouls.

Ne savait-on pas d'ailleurs que le phénomène de la pulsation artérielle manquait le plus souvent dans les anévrismes artérioso-veineux (anévrismes variqueux des auteurs), bien que résultant de la communication immédiate des deux ordres de vaisseaux par une voie directe et souvent assez large. Si le sang artériel produit alors en passant dans la veine, une vibration moléculaire de ses parois, du moins rien d'analogue au pouls n'est ordinairement perçu. Nul n'ignore que dans l'opération de l'anévrisme par la méthode de Hunter, le sang reflue presque constamment dans le sac anévrismal par les anastomoses, sans faire reparaître les pulsations que la ligature de l'artère principale du membre y avait suspendues. L'absence de pulsations dans les veines variqueuses, qui probablement se trouvent en communication assez indirecte avec les artères, ne doit donc pas être un motif suffisant pour faire rejeter la théorie proposée. Voyons si la couleur du sang qui se trouve dans les varices, si la manière dont il y organise des caillots, si sa réaction sur les parois des veines dissuade davantage d'adopter cette opinion. Combien de fois n'est-il pas arrivé au praticien qui voyait pour la première fois couler le sang des varices, de croire à une lésion artérielle? Sa méprise n'était-elle pas du reste excusable, si à la rutilance du sang venait se joindre le jet saccadé? Ajoutez à cette considération la difficulté extrême d'arrêter le sang par les moyens hémostatiques ordinaires, ainsi qu'on le voit fréquemment, il faudra certes une expérience assez grande pour ne pas rendre l'illusion complète. J'ai vu un des premiers chirurgiens de Paris lier une veine hémorrhoïdale du rectum, avec la ferme persuasion d'avoir à combattre la rupture d'une artère de cet intestin. Or, qui ne sait combien la disposition anatomique des artères de cette région rend conjecturale la lésion des vaisseaux artériels qui s'y trouvent. L'examen des concrétions sanguines dont les varices sont presque obstruées, lorsqu'elles ont atteint un certain volume, ne rappelle-t-il pas la disposition des couches fibrineuses déposées dans les sacs anévrismaux ou dans les artères dilatées? Trouve-t-on jamais rien d'analogue dans le système veineux, lorsque le sang s'y est coagulé sous l'influence d'un simple obstacle mécanique? Les divers états par lesquels passent les parois des varices, dans le cours de leur dilatation variqueuse; l'affaissement progressif qui les tient béantes sous l'incision du scalpel; les incrustations calcaires presque exclusives, comme on le sait, aux vaisseaux qui reçoivent du sang artériel, le mode de dilatation lui-même, tout ne porte-t-il pas à voir dans les varices un état particulier qui n'a rien de commun avec les conséquences tirées des théories actuellement en vigueur?

Dès que tous ces phénomènes sont reconnus et appréciés à leur juste valeur, la communication accidentelle des deux ordres de vaisseaux par des voies autres que les capillaires devient évidente; il n'y a même pas de subterfuge possible pour éviter une conséquence aussi palpable. On s'explique difficilement la préoccupation des pathologistes qui, avec de tels élémens de conviction, ont continué à professer la théorie des obstacles. Ne savait-on pas d'ailleurs que la dilatation variqueuse des veines qui avoisinent les anévrismes par anastomose, est le résultat presque constant de la communication des deux systèmes, et qu'elle conduit à caractériser cette affection? Le nom d'anévrisme variqueux, donné par quelques auteurs à l'anévrisme artérioso-veineux, n'atteste-t-il pas à la fois et la nature de l'affection et les conséquences ordinaires de cette pénétration anormale du sang rouge dans une veine?

Cette manière d'envisager le mécanisme de la formation des varices, offre l'avantage incontestable de prêter plus facilement à l'interprétation des diverses particularités dont cette affection s'accompagne. La force nouvelle de progression dont le sang se trouve animé, dans notre théorie, explique évidemment mieux que tous les obstacles purement mécaniques, la dilatation des veines commençant dans un point quelconque de ce vaisseau et plus souvent par les radicules que proche de l'obstacle, s'il existe, ainsi que l'on devrait l'observer, si l'on tenait à être conséquent dans les principes généraux de physique et de pathologie.

L'obstacle dont le sang artérioso-veineux, si je puis ainsi dire, doit triompher pour gagner le cœur avec la vitesse dont cet organe l'a animé, n'étant dans notre théorie, que le résultat de la pression de la colonne de sang veineux qu'il rencontre dans son cours, on explique dès lors parfaitement bien pourquoi les varices s'affaissent dans la position horizontale, et mieux encore, quand on élève le membre malade, de manière à soustraire le cours du sang veineux à l'influence de la pesanteur.

La dilatation des parois des veines n'est plus que relative à la différence de vitesse du sang artériel et veineux coulant dans un même vaisseau. Les tuniques vasculaires cèdent ou reviennent sur elles-mêmes, quand la progression des deux espèces de sang, cesse ou non d'être le même, et selon que le calibre du vaisseau dilaté, peut avec plus ou moins de facilité, suffire au passage de la masse de sang qui lui arrive dans un temps donné.

Faisant ici abstraction des causes qui prédisposent à

cette communication accidentelle des deux ordres de vaisseaux, on voit facilement ce qui rend les membres inférieurs et les parties déclives plus aptes à se recouvrir de varices, puisqu'en supposant une affection de ce genre développée, par exemple, sur la fémorale et la jugulaire, le résultat serait uniquement d'accélérer le cours du sang de cette dernière, tandis que pour l'autre il y aurait nécessairement dilatation, occasionée par la pression de la colonne de sang veineux qui remonte contre son propre poids jusqu'au centre circulatoire. La connaissance de cette vérité pour les cas d'anévrismes artérioso-veineux du pli du coude, a fait donner par sir Astley Cooper, le conseil, à un tourneur atteint de cette maladie, de prendre l'état de coiffeur ou de peintre en bâtiment, qui exigent l'un et l'autre d'avoir souvent les bras élevés ; il espérait contrebalancer par cette position des membres supérieurs l'obstacle que le sang artériel éprouvait dans l'autre métier de cet artisan à remonter contre son propre poids. Dans la théorie des obstacles, telle qu'elle est professée parmi nous, aidée ou non de la contraction musculaire ou du ramollissement préalable des vaisseaux, toutes ces particularités restent inexplicables pour tout observateur judicieux. Quelle que soit la position de l'obstacle présumé, comment a-t-on pu supposer qu'il cessait constamment d'agir par la position déclive ? Pour ne prendre que la varice du scrotum, produite, dit-on, par la pression de l'S iliaque pleine de matières fécales, ou celles des jambes dans l'état de gestation, comment un anatomiste a-t-il pu penser que les vaisseaux qui passent sous l'intestin ou derrière la matrice, cesseraient d'être comprimés dans la supination, alors que la proposition inverse eût été plus évidente ?

Une théorie appuyée de tant de considérations puisées dans le fond du sujet lui-même, n'attend plus, pour recevoir une entière confirmation, que l'expérience directe. J'espère que des injections pratiquées avec soin sur des membres atteints de varices, permettront de saisir d'une manière immédiate la communication anormale des artères et des veines. Quant à moi, il me souvient d'avoir vu, autrefois dans mes dissections, un membre couvert de tumeurs variqueuses dans lesquelles la manière de l'injection avait formé un magma inextricable ; mais comme les veines et les parties environnantes étaient pleines de suif et de goudron, il ne nous a pas été possible de reconnaître la transition des artères aux veines, que nous recherchâmes cependant avec soin.

Sans préjuger les avantages offerts à la thérapeutique des varices par cette manière d'envisager leur formation, ne sent-on pas tout d'abord quelle influence pourrait avoir sur des varices volumineuses et ulcérées qui mettraient en danger les jours du malade, la compression ou la ligature de l'artère principale d'un membre ? Les exemples assez nombreux de disparition spontanée des varices qui environnaient certaines tumeurs anévrismales, après l'application de la méthode de Hunter, font pressentir les chances qu'il y aurait à pratiquer une opération semblable dans un cas grave où l'on voudrait, à tout prix, tenter la guérison des varices, alors surtout que l'oblitération des veines dilatées n'aurait pas pu être obtenue par le procédé ordinaire.

Comment s'opère cette communication des deux ordres de vaisseaux ? C'est ce que nous tâcherons d'expliquer dans un travail subséquent.

N° DU 22.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

—

De quelques maladies du tissu médullaire ; par M. Dubrueil, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Si l'histoire des lésions traumatiques du système osseux, soumise à une investigation approfondie, éclairée par des expériences variées, laisse aujourd'hui peu de chose à désirer, il n'en est point ainsi de ces altérations graves, profondes, dont le siége est dans le tissu médullaire. La science possède toutefois des faits nombreux, mais isolés sur ce sujet et, ici, l'imperfection du langage pour dénommer les maladies, devient encore un obstacle aux progrès de cette branche de l'ostéo-pathologie. Les mots employés pour indiquer une lésion quelconque la représentent-ils d'une manière illusoire ? veut-on lui imposer un nom tiré d'un symptôme qui, loin d'être spécial, se reproduit dans d'autres affections, on est conduit alors à adopter des opinions incertaines et même fausses sur la nature du mal. Quoi de plus vague que les expressions spina-ventosa, exostose fongueuse de la membrane médullaire, ostéo-sarcôme, ostéo-stéatome, sarcôme cystique, carnification, cancer des os ? expressions qui ne signalent pas toujours des espèces morbides différentes, mais établissent plutôt les degrés variés d'un état souvent identique. C'est à l'anatomie pathologique qu'il appartient de rectifier ces vices du langage : c'est elle qui doit servir de base à une classification méthodique des maladies du système osseux.

Rapporter quelques observations d'inflammation spontanée et traumatique de l'organe médullaire, indiquer quelques maladies du même tissu, chercher à découvrir le rapport qui peut exister entre elles, tel est le but que nous nous proposons dans ce mémoire (1).

---

(1) Les faits que nous publions sont extraits d'un travail étendu relatif à l'ostéo-pathologie, travail qui nous occupe depuis longtemps. Nous possédons des pièces d'étude, fournissant des exemples de toutes les lésions du système osseux ; mais plusieurs de ces pièces perdent de leur intérêt, privés que nous sommes de l'histoire de la maladie, ou n'ayant que des renseignemens inexacts. Que conclure en effet de la seule et aride exposition des caractères anatomiques ? Il faut une sorte de contrôle mutuel entre ceux-ci et l'observation clinique : c'est soumis à cette double épreuve que les matériaux appartiennent à la science et ont droit d'y prendre place.

C'est principalement dans l'appareil médullaire qu'est le secret de la pathologie des affections organiques du système osseux, système dont la vitalité est obscure dans les conditions physiologiques, mais qui, placé dans des circonstances pathologiques, jouit d'une activité plastique très grande et d'une puissance de régénération remarquable.

De nature cellulo-vasculaire, parenchyme nutritif placé à l'intérieur des os, la membrane médullaire est dans une sorte de solidarité avec le périoste externe. Comme lui et plus que lui, en raison de sa vascularité plus développée, elle concourt aux phénomènes de nutrition qui s'opère dans les os. Le périoste est néanmoins dans une dépendance plus grande de l'organe médullaire, que celui-ci du périoste : ils peuvent se suppléer dans l'état pathologique. Profondément placée, la membrane médullaire est ainsi soustraite à l'action des corps extérieurs, avantage compensé par la compression que les parois osseuses exercent, quand sous l'influence des causes morbides, cette membrane distendue par l'abord des liquides, acquiert une grande expansibilité. En rapport immédiat avec le tissu réticulaire qui la soutient, elle ne saurait être gravement altérée, sans qu'il ne participe à la lésion ; leur simultanéité presque constante de maladies, est une difficulté pour rapporter à l'une ou à l'autre de ces parties, la priorité d'affection.

Inflammation sur-aiguë de la membrane médullaire du tibia, avec gangrène partielle de la même membrane ; nécrose profonde, étendue de l'os, concrétions osseuses sous-périostotiques Amputation de la cuisse. Guérison.

Un domestique, âgé de 20 ans, grêle et d'une constitution scrophuleuse, avait, durant le premier septenaire de sa vie, éprouvé des engorgemens avec suppuration des ganglions lymphatiques axillaires et cervicaux: le malade, qui habitait la Provence, fut envoyé à Toulon pour faire usage des bains de mer. Il en avait pris vingt, presque consécutivement, malgré la surexcitation générale qu'il en éprouvait, quand il fut tout à coup atteint d'un érysipèle envahissant l'étendue de la jambe gauche ; l'administration d'un vomitif ayant été sans résultat, on appliqua 20 sangsues sur le lieu malade, et on employa le traitement anti-phlogistique. Les douleurs étaient continuelles et plus intenses qu'elles n'ont coutume de l'être dans l'érysipèle simple; le 17e jour, à dater de son invasion, la peau s'ulcéra en plusieurs endroits sur la face interne du tibia : on reconnut sur cette région de l'os, des concrétions osseuses, séparées les unes des autres et recouvertes par le périoste ramolli. Les concrétions étaient adhérentes à l'os ; la fièvre qui avait été continue, présenta des exacerbations marquées, surtout la nuit. Les douleurs devinrent térébrantes ; la suppuration abondante était de nature sérosanguinolente ; l'inflammation ulcérative des parties molles faisait des progrès si rapides qu'en peu de jours la face interne du tibia parut à nu. Le périoste avait un aspect fongueux et était soulevé par des plaques osseuses ; une diarrhée colliquative se manifesta, et pour soustraire le malade à de graves accidens qui menaçaient prochainement son existence, l'amputation de la cuisse fut pratiquée le 43e jour à dater de l'apparition de l'érysipèle.

L'examen du membre amputé nous présenta les particularités suivantes : les parties molles de la jambe étaient infiltrées de sérosité sanguinolente ; la diaphyse entière du tibia se trouvait à découvert ; le périoste plus dense, plus injecté que dans l'état naturel, n'adhérait que faiblement à l'os ; sous le premier, et spécialement vers l'extrémité fémorale du tibia, on voyait des plaques osseuses, stalactiformes, beaucoup plus adhérentes au périoste qu'à l'os ; car, en détachant la membrane fibreuse, on enlevait les concrétions. De création récente, moins consistantes que le tissu osseux normal privés de substance spongieuse, elles ne présentaient aucun vestige de vaisseaux sanguins. Vues à la loupe, le grain osseux y paraissait plus grossier que dans les os normaux. Le tibia excita surtout notre attention ; son côté interne était sillonné par de nombreuses fissures dont quelques unes avaient un demi-pouce de long ; toutes pénétraient de l'extérieur de l'os, dans le canal médullaire. Quant à l'os, il était éclaté dans plusieurs points : nous ne saurions trouver d'expression plus juste pour peindre cet état du tibia où, comme par l'effet d'une action toute mécanique, des fragmens osseux n'étaient plus en rapport de contiguité. Détachés par une traction modérée, ils offraient une couleur d'un jaune terne ; ils étaient secs et dans un état évident de nécrose. Le tibia scié longitudinalement, la membrane médullaire offrait une apparence différente suivant les parties de l'os où on l'examinait. Ainsi, aux deux extrémités du tibia, le suc médullaire de couleur rosée, n'offrait que peu d'altération dans le canal médullaire, la moelle était fongueuse, d'un rouge foncé à l'endroit correspondant aux fissurres ; elle ressemblait à la conjonctive atteinte de chémosis. Là où la continuité du tibia existait encore, l'organe médullaire était noirâtre, diffluant et exhalait une odeur gangréneuse ; les cellules et les lames du tissu réticulaire étaient détruites ; on en retrouvait quelques vestiges au voisinage des extrémités articulaires. Le canal médullaire n'était que peu dilaté et cependant la substance compacte ramollie avait perdu de son épaisseur. N'omettons point de faire observer que les concrétions osseuses sous-périostotiques, correspondaient surtout aux parties du tibia frappées de mort. Le péroné parut sain.

Quelle marche rapide dans le double travail destructif et réparateur de l'os ! tandis que l'organe médullaire, enflammé dans une grande étendue, gangréné dans plusieurs points, ne fournit plus à l'os les matériaux de sa nutrition, le périoste, ou plutôt les vaisseaux qui le traversent, sécrétent des concrétions osseuses ; mais la destruction l'emportant ici sur la réparation, le tibia était nécrosé dans une grande étendue. Ne trouve-t-on pas dans cette observation les deux actes, les deux extrêmes qui constituent le travail nutritif. Tandis que l'os

était décomposé à l'intérieur, le périoste le recomposait à l'extérieur. Dans cet antagonisme morbide, l'activité vitale ou la force plastique du périoste ne pouvait suffire; l'os, perdant plus qu'il ne recevait, devait mourir.

Inflammation aiguë de la membrane médullaire des deux fémurs. — Mort.

Un jeune homme de 18 ans, scrophuleux, embarqué en qualité de novice sur une cannonière, ressentit pendant le cours d'une navigation rendue plus pénible par un hiver froid et humide, des douleurs sourdes et continues dans les deux cuisses. Ces douleurs regardées comme de nature rhumatismale furent traitées sans succès. Les parties molles des régions fémorales se tuméfièrent d'une manière lente, et des abcès se manifestèrent à la partie antérieure et interne de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux cruraux; quelques dépôts furent ouverts, les autres abandonnés, s'ouvrirent spontanément. Le malade fut envoyé à l'hôpital maritime du port de Toulon, et placé dans le service du chirurgien en chef. Tout annonçait une nécrose profonde des deux fémurs; on pouvait toucher les os à nu par les ouvertures fistuleuses qui avaient succédé aux abcès. L'on dut se borner à une méthode expectante; la fièvre hectique minait le malade qui n'accusait de douleur que pendant la formation des collections purulentes; il languit à l'hôpital et succomba au bout de trois mois et demi.

L'intumescence des cuisses contrastait avec l'état d'émaciation générale du corps; les muscles fémoraux, la plupart atrophiés, isolés par les fusées purulentes, avaient plutôt l'aspect fibreux que charnu. Les fémurs étaient gonflés et ramollis, mais seulement dans la région du corps; les extrémités étaient à l'état apophysaire; la substance compacte des fémurs, de couleur rouge, se laissait facilement diviser par l'instrument et avait perdu la moitié de l'épaisseur qu'elle présente dans l'état normal. Le canal médullaire avait une ampleur presque double de celle qui lui est ordinaire; la substance vésiculaire était accrue, ses cellules étaient vastes; le tissu qui la constitue était d'une finesse extrême; il devenait facile de distinguer l'organe médullaire par son accroissement d'épaisseur; la moelle, presque modifiée, était d'un rouge foncé; on eût dit qu'elle était convertie en fibrine. Dans les couches de la substance compacte, voisines du canal central, nous distinguions plusieurs canaux ou conduits osseux longitudinaux, renfermant dans leur intérieur des vaisseaux sanguins. (Nous n'avions pas à cette époque connaissance des travaux intéressans d'Houssiph.)

Les poumons, particulièrement le droit, étaient farcis de tubercules.

Un phénomène bien digne d'être noté, c'est que les fémurs du sujet de cette observation, offraient pathologiquement ce que nous regardons comme ordinaire pour les os des vieillards. L'os était détruit, évidé en quelque sorte par l'absorption des couches les plus internes. L'amincissement progressif de la substance coïncidait avec l'élargissement du canal médullaire: on retrouvait ce rapport toujours inverse de balancement entre le tissu compacte et le réticulaire. Singulier contraste! l'âge qui, par son influence, solidifie, encroûte plusieurs de nos organes, ramollit le système osseux; qui ne sait combien il est facile de déformer, de diviser les os des vieillards.

Nécrose des deux os de l'avant-bras déterminée par une phlegmasie chronique de l'organe médullaire. — Amputation. — Guérison.

Le nommé Séguin, âgé de 19 ans, cultivateur, est né de parens qui jouissent d'une bonne santé. Il y a quatre mois qu'il ressentit subitement une douleur vive au coude gauche, douleur qui le contraignit de suspendre son travail; 42 sangsues furent, dans un intervalle assez rapproché, appliquées sur la région douloureuse; deux heures après une saignée pratiquée au bras sain, celui du côté opposé se tuméfia au point d'acquérir le double de son volume ordinaire. Des signes d'une fluctuation obscure existant peu de jours après, engagèrent à pratiquer une incision sur le coude, mais il ne s'écoula que du sang artériel. A peu de distance de là, on agrandit l'ouverture; cette tentative ne fut pas plus heureuse que la première et il ne sortit encore que du sang; le bistouri porté enfin plus profondément, et du côté de la tubérosité externe de l'humérus, donna issue à du pus, mais en petite quantité. Deux cautères furent appliqués au pourtour de l'articulation huméro-cubitale. Tel est le récit que fit le malade des accidens qu'il avait éprouvés et des moyens qu'on leur avait opposés, quand, le 15 juillet 1834, admis à l'hôpital Saint-Eloi, il fut placé dans le service chirurgical du professeur Serres. Notre collègue a bien voulu nous abandonner cette observation qu'il se proposait de publier.

Voici qu'elle était la situation du malade lors de son entrée à l'hôpital: l'avant-bras gauche qui avait acquis trois fois le volume du droit, était placé dans l'extension, la flexion ne pouvant s'opérer par suite de l'ankylosation de l'articulation huméro-cubitale. Des ouvertures fistuleuses occupaient la région du coude et laissaient suinter un pus jaunâtre. Des portions osseuses nécrosées étaient sorties à diverses reprises par les trajets fistuleux; la main était douloureuse et œdématiée. La peau et les tissus sous-jacents semblaient dans un état de dégénérescence trop avancée pour qu'on pût croire à la possibilité de la guérison, aussi le professeur porta-t-il un pronostic fâcheux et annonça-t-il que la maladie avait son siége dans l'organe médullaire. Avant d'en venir à un moyen extrême, il voulut essayer un traitement général, il eut recours à l'administration de frictions mercurielles à la dose d'un demi-gros. A la suite de l'emploi du mercure, continué seulement durant quelques jours, on put observer une diminution très-marquée dans l'intumescence des parties molles. Momentanément suspendues, les frictions mercurielles furent remplacées par des embrocations huileuses: le mieux persista et le bras revint à son état naturel; les douleurs

avaient disparu; les doigts étaient plus libres et la suppuration diminuée. Les frictions mercurielles furent reprises et cette amélioration réellement inattendue, continuait quand, le 5 août, la scène changea tout à coup : sans aucune cause appréciable, l'avant-bras se gonfla de nouveau, devint rouge, douloureux et la fièvre se déclara; les frictions mercurielles durent être suspendues; la tuméfaction s'étendit jusqu'au tiers supérieur du bras. La diarrhée parut. Le professeur attendit que les accidens inflammatoires fussent moins intenses pour pratiquer l'amputation à laquelle le malade fut facilement décidé. Le 25 août, le bras fut amputé à sa partie moyenne, la réunion immédiate eut lieu par trois points de suture, et quatorze jours après, la plaie du moignon était cicatrisée. Séguin, à la suite d'écarts de régime qui déterminèrent un catarrhe intestinal, fut forcé de prolonger son séjour à l'hôpital dont il sortit dans l'état de santé le plus satisfaisant (1).

L'examen du membre amputé nous montra que l'ankylose de l'articulation huméro-cubitale gauche était complète. Les deux os de l'avant-bras tuméfiés, rugueux, présentèrent dans diverses régions de leur étendue des ouvertures pénétrant dans le canal médullaire, et par lesquelles on apercevait des fragmens osseux nécrosés. A la face antérieure du radius le canal médullaire était à nu dans une étendue de trois pouces et deux lignes; le tissu réticulaire y était remplacé par un séquestre osseux de plus de deux pouces de long et d'un blanc mat. Ce séquestre était formé aux dépens de la substance compacte constituant la partie moyenne de la face antérieure du radius; la membrane médullaire était grisâtre, fongueuse et peu vasculaire : seulement, non loin des extrémités de l'os, elle présentait une teinte légèrement rougeâtre. Le cubitus offrait à peu de chose près le même mode d'altération que le radius; cependant le canal médullaire du premier n'était point à nu. Le périoste peu adhérent aux os de l'avant-bras n'avait plus les caractères physiques qui le distinguent; il était sec, aminci, et comme privé des vaisseaux sanguins qui le traversent pour se porter à la substance compacte.

Phlegmasie chronique de la membrane médullaire du tibia, suite d'une plaie d'arme à feu; recrudescence de l'inflammation par des injections irritantes portées dans le canal médullaire. — Amputation de la cuisse. — Guérison.

Antoine Rodrigue, indien, âgé de 31 ans, d'un tempérament sanguin, matelot sur un corsaire, reçut dans un combat naval une balle qui pénétra la jambe gauche, d'arrière en avant, et vint sortir au dessous de la tubérosité interne du tibia. Trois jours après l'accident, le navire relâcha à Saint-Malo, où le blessé fut transporté à l'hôpital. Après un séjour de quatre mois, il en sortit, ne conservant qu'un trajet fistuleux communiquant dans l'intérieur du tibia, ainsi qu'on pouvait s'en assurer par l'introduction d'un stylet. Cependant les mouvemens du membre étaient assez libres, puisque Rodrigue s'embarqua de nouveau sur un corsaire; mais quelques mois après les fatigues rappelèrent la douleur et le gonflement; un vaste abcès se forma à la partie interne du creux poplité; l'ouverture donna issue à un pus séreux abondant. Le malade entra à l'hôpital Maritime de Brest, et à cette époque, les parois du dépôt étaient recollées. Le trajet fistuleux existait toujours, et l'on pensa que des injections en tarissant la suppuration, pourraient amener une cure radicale : elles furent faites, d'abord avec l'hydrosulfure de chaux étendu dans une grande quantité d'eau : rendues plus stimulantes, les injections entraînèrent des accidens graves; des abcès se succédèrent au pourtour de l'articulation fémoro-tibiale; la peau était frappée de gangrène dans une certaine étendue, la fièvre hectique minait les jours du malade; l'amputation de la cuisse étant le seul moyen de salut pour lui, nous la pratiquâmes vers le quart inférieur du membre.

Une circonstance remarquable nous frappa durant l'opération, c'est qu'en sciant l'os, il avait si peu d'épaisseur, que deux ou trois traits de scie suffirent pour pénétrer dans son canal.

Les parties molles, environnant l'articulation du genou, étaient confondues en un tissu lardacé peu résistant; l'entrée et la sortie du projectile, qui dix-huit mois auparavant avait traversé le tibia, étaient garnies de végétations, d'aspérités osseuses, dont quelques-unes en forme de pointe; le trajet de la balle était marqué par un canal, dans l'intérieur duquel on ne trouvait aucun vestige de tissu réticulaire. Le suc médullaire de l'extrémité supérieure du tibia, de couleur rouge, offrait plutôt l'aspect du tissu cellulaire imbibé de sang que de tissu adipeux. Au dessous de l'ouverture faite par le corps étranger, le canal était privé des lames qui forment la substance réticulaire; la moelle rougeâtre exhalait une odeur désagréable; quant à la cavité du canal médullaire du tibia, elle avait acquis une ampleur remarquable, mais seulement au tiers supérieur de l'os. Une circonstance à noter, c'est que la substance compacte en perdant son épaisseur, n'en avait pas moins conservé sa consistance.

Il nous eût été plus facile de multiplier les exemples d'inflammation, soit aiguë, soit chronique du tissu médullaire dans les os longs, bien que ce ne soit point numériquement que les faits ont de la valeur; quant aux os larges, nous l'y avons rarement observée. Quel praticien n'a eu maintes occasions de constater la phlegmasie dans les os courts et sous l'influence du vice scrophuleux? Nous conservons dans notre collection un os métatarsien comme type de l'altération profonde que peut subir l'os par l'effet d'une inflammation de l'organe médullaire. Ce métatarsien qui est le cinquième du côté gauche appartient à un jeune homme de 33 ans, portant depuis six mois un ulcère au côté externe de la face dorsale du pied. Malgré l'emploi d'un traitement interne rationnel, continué avec persévérance, la maladie était

(1) Je dois les détails de cette observation à l'obligeance de M. Alquier, étudiant en médecine.

stationnaire ; le malade souffrait peu, mais ne pouvait marcher ; le seul moyen à tenter était la désarticulation du cinquième os métatarsien. La jonction avec le cuboïde établissait exactement la limite du mal ; l'opération fut couronnée de succès. L'os enlevé avait acquis un volume plus que double de celui qu'il présente ordinairement ; la substance compacte accrue en épaisseur et de consistance ordinaire était dans un état d'hypérostose que nous nommons *excentrique*, voulant ainsi désigner l'augmentation de la substance inorganique à l'extérieur de l'os et sans diminution du canal central ; car celui-ci était même augmenté en largeur. On ne trouvait dans son intérieur que quelques débris du tissu réticulaire. La moelle était représentée par une substance fongueuse, vasculaire, réunie en une seule masse et dans laquelle l'analyse chimique découvrait quelques uns des principes constituant le tissu adipeux, mêlés à de la fibrine. Le périoste peu adhérent au cinquième métatarsien, était riche en vaisseaux sanguins.

N'est-ce point encore à l'inflammation du tissu médullaire qu'il convient de rapporter quelques unes de ces affections si vaguement appelées du nom de tumeurs blanches et ne dépendant pas immédiatement d'une cause externe ? Dans l'arthrocace, combien de prétendues caries dans lesquelles on chercherait en vain les caractères propres à ce genre d'altérations : la carie est plus souvent ici consécutive que primitive (1). Nous avons profité des occasions qui nous ont permis d'étudier les extrémités articulaires osseuses dans le cas de tumeurs blanches ; ces extrémités présentaient une intumescence régulière, une raréfaction qui est comme la conséquence de la phlegmasie chronique et de l'hypertrophie de l'organe médullaire. Prenant pour exemple le fémur dans les cas mal à propos désignés sous le nom de coxalgie, nous pensons que c'est à la cohésion moindre des molécules constituant la tête de l'os qu'on doit attribuer le déplacement dans ce que l'on appelle luxation spontanée. Le docteur Rust, dans un Traité classique, publié à Vienne, sur l'arthrocacologie, s'efforce de prouver que la maladie se manifestant de préférence dans les têtes des os longs, commence par une inflammation du périoste interne (*tela medullaris* Blumenbach). Pour appuyer son opinion, l'auteur s'étaye d'observations recueillies au lit des malades et de faits tirés de l'anatomie pathologique.

Une tendance plus marquée vers la destruction, un danger plus grand nous paraissent distinguer la tumeur blanche qui a son siége dans l'organe médullaire de celle qui débute par les parties molles articulaires. Nous avons été témoin d'un cas dans lequel il y eut destruction complète de la tête du fémur et d'une portion du grand trochanter ; les parties molles voisines de l'articulation coxo-fémorale étaient incrustées des concrétions osso-cartilagineuses sans aucune forme déterminée. Le périoste et l'organe médullaire n'avaient pu concourir à la formation de ces productions anormales, alors qu'ils étaient détruits là où elles existaient ; les vaisseaux environnans les avaient donc suppléés pour la reproduction osseuse.

Nous avons vu, sur un homme de 50 ans, atteint de tumeur blanche au genou, l'extrémité inférieure du fémur réduite en une coque osseuse, occupée par une cavité vaste et unique contenant une sanie purulente, mélange de sang et de sucs médullaires altérés.

Gonflement considérable et uniforme de l'extrémité articulaire des os longs, amincissement et souvent ramollissement de la substance compacte, capacité accrue des cellules du tissu réticulaire, dégénérescence de la moelle en une substance plus solide, imbibée de sang, plus tard destruction partielle ou complète, tels sont les caractères anatomiques les plus ordinaires de l'arthrocace commençant par envahir le tissu médullaire.

Il faut distinguer, avec M. Monod (*Thèse sur la pathologie du système osseux*), l'inflammation de l'hypertrophie de la moelle, hypertrophie qui a souvent lieu à un degré plus ou moins étendu au voisinage des articulations affectées de tumeurs blanches. Le tissu spongieux raréfié est rempli d'une moelle jaune, abondante, contrastant par l'absence de toute congestion avec l'hypérémie dont sont souvent le siége les parties les plus éloignées de l'articulation malade.

Sans voir toujours et partout l'inflammation ; sans la considérer comme une sorte d'unité morbide indispensable et qui domine la pathologie entière, ne semble-t-il pas naturel qu'un tissu qui, comme le médullaire, l'emporte en vitalité sur ceux qui entrent dans la composition du système osseux soit assez fréquemment enflammé ?

Nous avons étudié l'inflammation sous la forme aiguë et chronique dans la membrane médullaire, et nous n'avons pas besoin de prévenir que ces mots n'ont qu'une valeur relative. Il n'en est point ici comme pour les parties molles ; néanmoins il est une vérité qui n'a pas pu échapper aux observateurs, c'est que si on ne peut précisément limiter le laps de temps nécessaire pour établir un type d'acuité ou de chronicité dans les maladies des os, toujours est-il que les phlegmasies de la membrane nutritive intérieure, marchent quelquefois avec assez de rapidité pour que la perte de l'os soit consommée en peu de temps ; il faut, dans d'autres circonstances, qu'il s'en écoule un très-long pour qu'un semblable résultat arrive.

(*La suite au prochain numéro*).

(1) Loin de nous l'idée exclusive que toute tumeur blanche ait d'abord son siége dans l'organe médullaire ; nous n'insistons que sur la possibilité, disons même la fréquence de cette circonstance. La maladie peut débuter par les parties molles entourant l'articulation ou même par la substance compacte (ostite articulaire).

Revue des thèses de la Faculté de médecine de Paris (2e et 3e trimestres 1834.)

En suivant, dans cette revue, non pas l'ordre chro-

nologique, mais bien celui des matières, nous avons en vue de faire mieux apprécier la physionomie de la science, progressive dans ses branches diverses, et réfléchie dans les actes de la nouvelle génération médicale.

Anatomie, physiologie. La thèse de M. Mathieu, intitulée : *Considérations philosophiques sur le squelette de l'homme*, fait honneur à l'esprit réellement philosophique de l'auteur qui nous intéresse encore par l'admiration religieuse qu'il professe pour le chef-d'œuvre de la création. Malgré l'abus qu'il fait parfois du système des causes finales, on trouvera dans son travail d'importantes additions aux belles pages de Barthez et de Bichat sur la mécanique animale.

La thèse de M. Verpillat sur les *aponévroses* du pli de l'aine, contient des détails nouveaux, mais trop minutieux pour trouver place ici ; celle de M. Marc, sur les *synoviales*, a pour but de démontrer l'existence de ces membranes sur les surfaces articulaires dont il est parvenu à les détacher sur des sujets infiltrés : les glandes d'Havers lui paraissent des organes vasculaires de nutrition. Ces deux thèses méritent d'être lues. M. Depaillière place la *respiration* sous l'empire du système nerveux, et M. Juris assimule l'action du *cerveau* à celle du fluide galvanique, et admet un fluide galvano-nerveux ; il n'y a là rien de neuf. M. Lechaptois, dans son *Essai sur le développement physique et intellectuel de l'homme*, développe d'utiles mais vulgaires préceptes d'hygiène.

Trois thèses sur les *passions* constatent la tendance de la philosophie médicale vers les idées positives : celles de MM. Lagorce et Combes font dériver les déterminations morales d'une modification dans les molécules organiques : le premier les considère comme innées, mais susceptibles d'être modifiées par l'éducation. Pessimiste et misanthrope il considère les passions comme un présent funeste, source de la plupart des vices, et n'exclut pas même l'espérance. Dans ses élans d'indignation contre les travers de l'humanité, il fait invasion dans le domaine politique : « La magnificence des trônes, dit-il, est en raison directe de la corruption des grands et de l'asservissement des peuples » ; phrase qui dans un temps eût pu faire supprimer l'acte et ajourner le candidat. M. Combes assimile les actes intellectuels à l'action de l'électricité ; non moins morose que son collègue ; il paraît imbu des principes de Larochefoucault, et fait dériver la plupart des passions de l'égoïsme. M. Delabigne-Villeneuve traite plus froidement son sujet : il accepte les passions comme faits, sans en chercher l'origine spirituelle ou matérielle, et se borne à en étudier les effets sur l'économie.

M. Shrimpton s'intitule *chirurgien de l'ambulance de la Bourse, et médecin des bureaux de secours pour le choléra ;* ce sont des titres dont tous les médecins pourraient réclamer le diplôme, et dont aucun ne songe à faire parade. Quoi qu'il en soit, l'auteur, qui est anglais, traite de la *phrénologie* et combat la pluralité des organes cérébraux, attribuant les facultés diverses à l'ensemble du système nerveux. Un travail d'une bien autre portée est celui de M. Anthelme, sur la *pensée*. Il fait beau voir sur quel plan large et philosophique il esquisse le développement graduel de l'organisation, avec quelle logique il déduit les facultés des besoins, et subordonne l'intelligence aux conditions de la matière. Instinct, mémoire, imagination, génie tout dérive du même mobile, la sensation qui commande à toute la nature organisée. Très bien, M. Anthelme, voilà la bonne philosophie. Dans ses *Considérations sur les âges*, M. Moure expose d'utiles préceptes relevés par un style animé qui parfois incline vers la prétention. Nous n'avons rien à dire du travail de M. Boullet sur la *puberté*. M. Robin expose ce que nous savons de plus raisonnable en faveur de *l'hérédité* de certaines maladies ; M. Mouton fait des frais de rhétorique au sujet de l'*influence de l'utérus* sur le système de la femme, et soutient la thèse d'Hippocrate et de Van-Helmont sur l'autocratie de cet organe. Dans un travail qui ne manque pas d'originalité, M. Grenier étudie l'*influence du sexe sur les maladies*, et soutient que chez les femmes il n'y a pas de *phlegmasies ;* il n'y a que des *névroses ;* mais comme il n'exclut pas les antiphlogistiques, nous ne chicanerons pas sur les mots. Une thèse remarquable est celle de M. Louis sur la *difficulté du diagnostic dans les maladies des vieillards* et sur l'hygiène de cet âge. Ce travail serait la préface d'un livre qui nous manque sur les maladies de la vieillesse, non moins intéressantes à étudier que celles de l'enfance. L'*Essai* de M. Borom *sur les sourds-muets* comprend l'apologie des procédés de M. Deleau pour la guérison de la surdité ; l'auteur sollicite l'institution d'un établissement spécial pour le traitement médical de la surdi-mutité. La thèse de M. Laurent *sur le somnambulisme naturel* contient deux observations curieuses qui lui sont propres. Il croit à la transposition des sens. M. Jozwik a guéri, dit-il, par le *magnétisme animal*, une commotion cérébrale avec asphyxie, une chorée et une hydropisie ascite.

M. Lauth a produit une thèse volumineuse et savante sur les *diplogénèses* (monstruosités doubles), les lois et les variétés de cette classe sont établies avec soin ; nous regrettons de ne pouvoir ici donner l'analyse d'un travail qui sera consulté sur la matière. Autant nous en dirons des recherches délicates et consciencieuses de M. Jones sur *l'anatomie comparée de l'œuf et de la circulation chez le fœtus*. Nous en déduirons seulement ces propositions pratiques, encore controversées : quand l'enfant vient au monde dans l'état d'anémie, au lieu d'attendre il faut se hâter de lier et couper le cordon. Dans les grossesses multiples, des anastomoses existent souvent entre les placentas ; il faut donc lier l'extrémité placentaire du cordon du premier né. La thèse de M. Linarès sur les *signes de la mort*, quoique bien faite, ne contient rien de neuf.

Topographie. Les travaux de M. Guittard *sur la constitution physique du Poloponèse*, de M. Morely *sur l'hygiène de quelques communes de la Corrèze*, de M. Martinez, *sur la topographie médicale de Naples* offrent un intérêt local ; l'œuvre de M. Martinez est remarquable par la multiplicité des détails scientifiques

et surtout en ce qu'elle combat des préjugés trop répandus sur la salubrité de ce beau climat napolitain qui n'est rien moins que favorable aux phthysiques et aux valétudinaires.

Hygiène. Dans ses *Considérations sur quelques parties de l'hygiène*, M. Cloutier, signale avec une franchise toute basse bretonne et une rudesse toute militaire certains usages sanctionnés par la mode et le fanatisme. En parlant de la délicatesse de constitution qui est de bon ton dans le monde : « Malheur au niais, dit-il, qui prendra une telle personne pour épouse! car outre les fleurs blanches qui le dégoûteront bientôt d'une femme sale et vieille avant l'âge, il sera encore forcé de se faire infirmier dès le lendemain de ses noces. » A propos de la chaussure : « Il est du bon ton, dit-il encore, de se servir d'une chaussure qui ne convient qu'au charretier, quand il marche dans la boue, qui dispose aux sueurs fétides, aux varices, à l'œdème, etc. » A propos de la cravate : « Les convenances ne veulent pas qu'une femme du monde qui te montre son cou voie le tien! » Il appelle le baptême à l'eau froide un assassinat.

M. Ferreira-França esquisse largement l'*influence des alimens et des boissons sur le moral de l'homme*. Bien que ses conséquences soient parfois formulées d'une manière trop exclusive, ce travail est conçu dans de bonnes idées physiologiques. M. Centazzi fait l'apologie des *exercices gymnastiques*. Les chirurgiens militaires liront avec beaucoup d'intérêt et de fruit la thèse de M. Leuret *sur l'hygiène de la cavalerie légère*. M. Delisle plaide en faveur des *corsets;* il est vrai qu'en les interdisant avant l'entier développement des formes, et en exigeant certains détails de structure qui en diminuent les inconvéniens, ses opinions deviennent très-acceptables. Il résulte de ses calculs comparatifs que la hauteur de la cavité abdominale chez l'homme est de onze pouces quelques lignes, tandis que chez la femme elle est de treize pouces.

Thérapeutique. M. Martin résume ainsi l'état de la *therapeutique en général :* thérapeutique rationnelle pour les maladies chirurgicales et pour celles des phlegmasies chez lesquelles les complications nerveuses ne prédominent pas ; thérapeutique empirique pour les maladies où l'élément nerveux prédomine. M. Homolle expose avec sagacité les causes qui se sont opposées à ce que la *thérapeutique* devînt une science exacte. Il appelle le concours de l'expérimentation et de la théorie; il met en parallèle Hahnemann et M. Broussais, et fait ressortir les erreurs et les bienfaits de l'homœopathie. Il pose quelques règles générales sur l'administration des médicamens ; enfin, il examine ce qu'on entend par *spécifiques*, et conclut qu'il n'en existe pas. Cette thèse est remarquable par son esprit philosophique. Celle de M. Debernat sur les *indications* est également recommandable par l'ordre avec lequel il examine successivement toutes les particularités relatives à l'individu, à la maladie et aux modificateurs mis en usage. Ce travail témoigne de l'indissolubilité des liens qui unissent la thérapeutique au diagnostic. M. Saintespès rappelle l'attention des praticiens sur la *méthode iatraleptique*, trop négligée de nos jours, et cite quelques cas de guérison remarquables par l'emploi de certains remèdes simplement appliqués sur la peau, mais qui, du reste, n'ont pas le mérite de la nouveauté. M. Oliveira Soares fait l'apologie de la méthode *endermique* appliquée aux fièvres intermittentes ; il se perd quelquefois dans les considérations théoriques, et montre de la partialité contre l'iatraleptie qui, dit-il, n'agit que par sympathie et non par absorption ; il donne des détails pratiques bons à recueillir. La thèse de M. Prieur, sur le même sujet, quoique moins étendue, contient ce qu'il y a d'essentiel à dire sur la matière; celle de M. Dorte traite aussi de la *méthode endermique*, mais plus spécialement appliquée aux névralgies ; elle est plus substantielle et plus pratique que les précédentes. Ces trois thèses constatent l'importance que paraît prendre et que mérite ce mode d'administration.

Le travail de M. Dubois *sur la révulsion* contient des considérations de physiologie morbide qui ne sont pas nouvelles, mais qu'il est essentiel de connaître. La thèse de M. Duvard *sur les usages de l'eau commune en médecine* est une compilation très-érudite de tout ce qu'on a dit sur l'efficacité de ce moyen naturel dans une foule de maladies; celle de M. Chantelou, sur le même sujet, est bien moins savante. M. Guillet produit un assez bon nombre d'observations intéressantes constatant les effets salutaires *de l'emploi des aspersions* dans les maladies nerveuses de l'encéphale et de l'appareil digestif. Ces observations sont presque toutes empruntées à la pratique de M. Récamier. M. Couppey traite superficiellement *des bains de mer;* autant nous en dirons du travail de M. Charruau *sur les émissions sanguines*. Il n'en est pas de même de l'*essai* de M. Clament *sur la saignée :* l'auteur discute et résout les points fondamentaux de la question, avec beaucoup de pénétration et d'esprit philosophique. M. Bonniot vante *l'emploi des évacuans dans les affections compliquées d'embarras gastrique*. Il donne les résultats du traitement comme le criterium de la nature du mal, et attribue la guérison à l'évacuation des matières morbides. M. Bonnardel traite *de l'emploi des mercuriaux dans le traitement de certaines affections chroniques des articulations;* il donne la préférence, quant à la forme, aux bains de sublimé. M. Espagnet fait ressortir l'influence salutaire *des préparations martiales* dans plusieurs affections anémiques, atoniques et nerveuses; la thèse de M. Moireau *sur le fer* nous paraît moins substantielle. Dans le travail de M. Delabigne-Villeneuve on trouvera ce qu'il y a de plus précis sur les indications, l'administration et les effets du *sulfate de quinine*. La thèse de M. Taillefer, *sur l'acide arsénieux*, est un bon résumé de ce qu'il est essentiel de connaître à l'égard de ce poison violent. Nous avons ailleurs donné l'analyse du travail de M. Miguet *sur la créosote*. Celui de M. Vuiton et un exposé succinct des procédés de M. Récamier pour la *compression des engorgemens mammaires et des tumeurs cancéreuses*, suivi de la description d'un *bandage pour la fracture de la clavicule*, et des modifications apportées par cet ingénieux et célèbre praticien à l'*opération de l'empyème*, tous sujets

intéressans à connaître. M. Ygonin établit un parallèle entre le sulfate de quinine et la salicine appliqués au *traitement de la fièvre intermittente ;* il donne la préférence à la salicine chez les individus faibles, à estomac irritable. M. Dalmenesche expose les nombreux *traitemens appliqués aux névralgies.* Cette récapitulation, bien faite, laisse pourtant quelques lacunes : c'est ainsi que l'aconit méritait une mention spéciale.

Le nombre et l'esprit de ces thèses sur des sujets thérapeutiques, témoigne de la tendance de notre époque à soumettre les remèdes à de nouvelles épreuves, et à s'affranchir des doctrines exclusives dont l'échafaudage préconçu s'écroule devant l'observation.

Dans un prochain article nous passerons en revue les thèses de chirurgie. (F.)

N° DU 29.

MEMOIRES ORIGINAUX.

—

De quelques maladies du tissu médullaire; par M. Dubrueil, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Deuxième et dernier article. (*)

Long-temps circonscrite dans les bornes de ses procédés opératoires, et séparée de la médecine, la chirurgie méconnut la cause des accidens qui compromettent le succès de ces opérations où la vie ne se rachète que par le sacrifice d'un membre. Aujourd'hui que la chirurgie et la médecine, dirigées vers le même but, se confondent dans le sentiment d'une noble émulation, on a signalé et l'on est parvenu à prévenir ou à combattre ces graves complications survenant principalement après les amputations dans la continuité des membres. Si, parmi les accidens consécutifs, la phlébite occupe le premier rang, il est une autre affection dont la marche est aiguë, parfois latente, et qui, pour être moins fréquente que la phlébite, avec laquelle elle pourrait bien avoir quelque affinité, n'est ni moins réelle ni moins dangereuse : nous voulons parler de l'inflammation du tissu médullaire des os longs après l'ablation des membres.

La science possède peu de données sur ce point important de pathologie ; nous devons citer néanmoins le mémoire d'un observateur habile, M. le docteur Regnaud. Elles ont été fréquentes pour nous les occasions d'observer ce mode d'altération peu connu : elles l'eussent été plus encore, avouons-le, si nous avions plutôt dirigé notre attention vers l'intérieur de l'os sans nous contenter de l'examen à l'extérieur du moignon. — Témoin de la perte de plusieurs amputés, ce n'était qu'après avoir inutilement interrogé tous les viscères et dans l'impuissance de trouver quelque altération matérielle, que nous devions nous aviser enfin de séparer l'os des parties molles, de le scier pour l'étudier dans son intérieur et soumettre à une analyse anatomique exacte les tissus qui le composent. Les os fémur et humérus nous ont surtout fourni l'occasion de trouver l'inflammation de l'organe médullaire. Nous l'avons quelquefois observée au tibia, plus rarement aux os de l'avant-bras.

Les amputés, sujets de nos recherches, avaient succombé à des époques plus ou moins éloignées de l'opération : douze jours et un mois et demi représentent les deux extrêmes du temps de la vie des opérés, à dater du jour de l'amputation.

Les os, séparés des chairs, notre premier examen a porté sur le périoste dont la lésion est comme la traduction extérieure de l'état de la membrane interne nutritive du système osseux, sans néanmoins indiquer toujours l'étendue précise du mal. Le périoste se présentait à nous dans les conditions suivantes : toujours son altération était plus marquée vers l'extrémité du moignon que dans une autre région de l'os. N'y avait-il que congestion vers l'organe médullaire, pour lors le périoste n'était que plus vasculaire ; l'inflammation venait-elle à se déclarer, mais modérée, renfermée dans certaines limites le périoste, par une sorte d'irritation sécrétoire, produisait des concrétions osseuses superposées aux couches extérieures de l'os et comme destinées à les renforcer. C'est ainsi que, sur un humérus amputé que nous possédons, on voit entre la face interne du périoste et l'os une lame osseuse de près d'une demi-ligne d'épaisseur. Que si la phlegmasie du tissu médullaire est sur-aiguë, qu'elle se termine promptement par suppuration ou par gangrène, la diminution des communications vasculaires qui placent le périoste dans une immédiate dépendance de la membrane médullaire, le séparent de l'os ; la membrane fibreuse perd de sa texture normale, devient plus sèche, d'un gris sale et donne au toucher la sensation d'un morceau de parchemin. Après l'immersion et vu à la loupe, le périoste paraît moins pourvu de vaisseaux sanguins qu'à l'ordinaire.

L'os, dépouillé de sa membrane extérieure, paraît d'une couleur jaune terne et comme s'il avait été pendant quelque temps enfoui dans la terre ; il n'a plus cette solidité, attribut de la substance compacte, celle-ci semble convertie en tissu spongieux ; ce nouvel aspect poreux des os s'étend ordinairement jusqu'à l'extrémité supérieure ; de là cette diminution si remarquable dans la pesanteur (1). Pour être fixés sur ce phénomène qui

---

(*) Voir le n° précédent.

(1) Sailland cite (*Journal chir. méd. et pharm.*, 1782) une observation bien remarquable de légèreté des os, mais dans les cas de fragilité. Placé dans un bain, le malade surnageait constamment ; il fallut deux personnes pour le tenir plongé dans l'eau. Cette observation a été rapportée par le professeur Lobstein dans son Traité d'anatomie pathologique.

nous frappe d'abord, et que nous avons constaté depuis dans les mêmes circonstances, nous nous sommes livrés à des expériences comparatives sur plusieurs fémurs. Nous pesions l'os sain et le malade : voici le résultat de ces recherches sur quatre individus morts plus ou moins de temps après l'amputation de la cuisse, nous désignerons par numéros les os qui ont servi à nos investigations.

POIDS DES

Nos	FÉMURS MALADES.		FÉMURS SAINS.	
1	4 onces	2 gros.	11 onces	4 gros.
2	6	0	12	4
3	4	2	11	6
4	7	2	11	2

La longueur des portions de fémur que nous avons pesées, était de 6, 7 ou 8 pouces; nous avions soin de scier l'os sain à la même hauteur que l'avait été l'os malade.

Nous pouvons avancer qu'après un temps assez court, quand il y a phlegmasie de l'organe médullaire, l'os perd promptement de son poids par la prédominance de la substance organique sur la terreuse.

L'épaisseur de la paroi osseuse du canal médullaire diminue, dans les rapports, d'une ligne ou de 3/4 de ligne.

Quand l'inflammation est consommée, l'intérieur de l'os permet de juger de la destruction plus ou moins complète de la substance spongieuse, que l'on ne retrouve que vers l'extrémité. Les os vidés de la moelle et soumis à l'exsiccation, ont quelque ressemblance par la cavité unique du canal médullaire avec les os de ces grands oiseaux qui marchent plus qu'ils ne volent. Quant à l'inflammation de la moelle, nous en parlerons plus tard; nous ferons cependant une réflexion, c'est qu'à la suite des amputations, les accidens de la compression étant moindres, alors que l'os est ouvert inférieurement, la gangrène doit être plus rare. Ne voit-on pas ici, dans l'état inflammatoire de la membrane, la moelle faire hernie par l'ouverture de l'os, comme à une époque plus avancée, l'écoulement du pus avoir lieu par la même issue? il n'est pas sans exemple que la moelle ait été expulsée du canal médullaire.

Ce qui distingue surtout l'os dont le tissu médullaire devient le siége d'une inflammation spontanée, de celui atteint de la même maladie après l'amputation, c'est que, dans le premier cas, l'os dans son entier, les parties qu'il contient, accrues de volume par suite d'un état d'expansibilité active, ne peuvent s'étendre en raison de la résistance que leur oppose un canal solide et clos. L'os se dilate, se raréfie au point d'acquérir parfois un volume énorme; il peut même éclater, être frappé de mort dans une partie de son étendue, comme nous en avons rapporté un exemple.

Une idée préconçue nous portait à croire que l'altération qui nous occupe devait être le résultat de l'artérite ou de la phlébite. Le nombre des artères qui se ramifient dans le canal médullaire, la ténuité des parois des veines qui s'y distribuent, les traces si évidentes de phlegmasie des vaisseaux sanguins que l'on rencontre dans les moignons, après l'amputation des membres, venaient nous confirmer dans cette opinion.

A l'article AMPUTATION (*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*), M. Blandin dit avoir trouvé six fois les veines médullaires du moignon affectées de phlébite: nos recherches sur les vaisseaux des os, dans les cas d'inflammation de l'organe médullaire, n'ont pas répondu à notre prévision.

Nous pensons, avec M. Regnaud, que la section du corps médullaire par un instrument tel qu'une scie, doit avoir quelque résultat sur la production d'une semblable inflammation. Des praticiens habiles ne semblent-ils pas avoir prévu cet accident en donnant des préceptes pour procéder sans inconvénient à la section de l'os? Nous lisons dans l'ouvrage du professeur Serre, sur la réunion immédiate le passage suivant: « Les chirurgiens n'attachent pas assez d'importance à faire usage d'une bonne scie; on ne se persuade pas l'influence que le choix de cet instrument peut exercer sur le sort ultérieur de la portion d'os laissée à nu. » Nous ajouterons qu'en diminuant l'épaisseur du feuillet de la scie, on court moins les chances d'irriter, d'ébranler l'organe médullaire; en employant une lame épaisse, ne peut-il arriver d'ailleurs que l'os soit coupé au-delà du point que l'on se proposait de scier?

Une considération de quelque importance, pour l'étiologie de l'inflammation de l'organe médullaire, serait d'établir par des faits exacts, si elle advient plus fréquemment dans les circonstances de réunion immédiate que dans celles où elle n'a point été tentée. Quant à ce qui nous concerne, et dans les cas qui se sont passés sous nos yeux, on avait employé la réunion médiate sur les deux tiers des individus. L'analogie nous semble ici en faveur de la réunion immédiate, comme méthode préventive, réunion immédiate, disons-nous, au moyen de la suture entrecoupée, et n'embrassant que la peau. Ensevelis dans des masses musculaires, recouverts de parties molles affrontées et non violemment refoulées contre les os, ceux-ci nous semblent ainsi préservés de l'atteinte des causes qui peuvent léser l'organe médullaire.

Si nous avons considéré l'amputation comme provoquant l'inflammation du tissu médullaire, il est aussi d'autres causes traumatiques capables de la produire; les coups, les chutes, toutes les violences extérieures sont transmises à l'organe médullaire et peuvent, par l'élasticité de ces parties, ramener les conditions que nous voyons déterminer l'ecchymose du tissu cellulaire.

Parmi les causes générales, le scrophule joue un grand rôle; la syphilis constitutionnelle vient après; la première ayant une affinité marquée pour les os courts, les extrémités des os longs, l'autre pour la diaphyse de ceux-ci. Contentons-nous d'indiquer ces causes sans prétendre expliquer leur manière d'agir.

L'exposition détaillée des caractères anatomiques

d'une maladie, l'indication des principales causes qui la déterminent, ne sont qu'une portion de son histoire: la symptômatologie et les indications thérapeutiques en forment le complément. Nous arrivons ici à la partie obscure et difficile du sujet que nous nous sommes proposés de traiter; en effet, les signes qui accompagnent l'inflammation même aiguë du tissu médullaire sont loin d'être toujours assez tranchés pour permettre de le reconnaître. Voici le tableau séméiologique le plus fidèle d'une maladie dont la marche est insidieuse, et qui ne s'annonce pas toujours par les mêmes symptômes.

Ce n'est ordinairement que deux ou trois jours après l'opération qu'une douleur profonde, gravative, se fait sentir tantôt au moignon, tantôt dans l'os lui-même, et cependant l'examen de la partie ne présente aucun signe d'inflammation apparente. La chaleur n'est nullement augmentée; la peau est plutôt pâle que rouge; la fièvre se déclare à l'époque à laquelle se manifeste communément ce mouvement fébrile causé par la réaction et appelé fièvre traumatique. Dans le cas d'inflammation de l'organe médullaire, nous avons pu observer la fièvre se présentant sous deux formes: quand la maladie est aiguë, elle affecte celle de fièvre rémittente, c'est le soir et la nuit que l'on remarque les exacerbations; alors que la phlegmasie est chronique, c'est une véritable fièvre hectique qui mine le malade, la langue est rouge et l'appétit existe ordinairement; la peau est jaune, terreuse, comme dans les dyssenteries chroniques; les blessés exhalent une odeur acide; les traits du visage expriment la tristesse et le découragement; la douleur persiste toujours; elle devient accablante et fait redouter au malade le moment du pansement; la cicatrice s'opère, mais sa marche est lente. Ce tissu inodulaire, de texture serrée, fibreuse, est remplacé par une membrane molle peu résistante; la suppuration du moignon est grisâtre: il est empâté, comme infiltré. M. Regnaud ajoute à ces signes la facilité de faire écouler au dehors, par la pression, une quantité du pus très-liquide et plus considérable que le comportent les dimensions de la plaie. Il y a, dans le moignon, tendance à la rétraction des chairs; l'extrémité de l'os qui souvent est à nu, s'atrophie, devient fusiforme; son ouverture tarde à se fermer et laisse suinter une matière de couleur jaune verdâtre. Le malade s'émacie rapidement; il s'éteint dans une agonie longue et tranquille.

Si les symptômes que nous venons d'indiquer ne possèdent pas, même pris collectivement, une valeur suffisante pour établir un diagnostic juste, ne peut-on y arriver par une autre méthode, par voie d'exclusion? L'existence d'une pyrexie continue, doit conduire le médecin à une exploration attentive des organes splanchniques, surtout des parenchymateux, si souvent atteints d'abcès à la suite des amputations. Les viscères sont-ils jugés être à l'état normal, il dirigera son observation vers la phlébite, un des accidens consécutifs les plus ordinaires après les amputations. Quelques uns des signes de la maladie qui nous occupe sont, il est vrai, communs à la phlébite; mais il en est d'autres qui lui sont particuliers; quant aux collections purulentes qui peuvent se former dans le moignon, elles sont annoncées par des symptômes non équivoques et l'on ne peut ici commettre de méprise.

Il est plus facile de prévenir que de guérir l'inflammation du tissu médullaire; le traitement qu'il convient de lui opposer ne peut guère être indiqué d'une manière absolue. La soustraction d'un membre prédisposant aux congestions sanguines, dès l'apparition des premiers symptômes, et, si le blessé n'a pas perdu beaucoup de sang durant l'opération, l'on pratiquera une saignée générale; des sangsues en grand nombre seront appliquées sur le moignon qui sera ensuite recouvert de fomentations émollientes et narcotiques.

La cause de la mort pouvant, suivant nous, être rapportée à la résorption purulente, à une sorte d'intoxication des humeurs, l'on usera des moyens internes usités en semblable circonstance.

Réfléchissant à la propagation facile de la maladie, dans l'étendue du canal médullaire, nous avions d'abord éloigné jusqu'à la possibilité de toute opération; en effet, celle-ci ne pourrait consister que dans la résection d'une partie de l'os et ce serait exposer l'organe médullaire à de nouvelles violences, le soumettre à l'influence des causes qui ont déjà produit le mal. La découverte récente d'un instrument qui paraît ingénieux, l'ostéotome du docteur Heyne, de Wurtzbourg, ne pourrait-elle modifier notre première pensée? La maladie en question a communément, disons-nous, presque toujours une terminaison funeste. Si elle n'atteignait qu'une partie voisine du moignon, n'y aurait-il rien à tenter pour la borner? L'on nous demandera à quel indice on peut reconnaître ses limites: nous répondrons que l'aspect extérieur du périoste, son isolement de l'os, sont des signes très significatifs pour apprécier l'état pathologique de la membrane médullaire. Dans cette recherche, il y aurait déjà l'inconvénient de diviser les parties pour arriver au périoste, mais l'on comprend qu'au delà d'une certaine étendue, toute tentative de ce genre serait au moins intempestive. Ce serait faire courir au malade les chances d'une seconde amputation, et peut-être accélérer sa perte; mais, raisonnant dans la supposition d'une inflammation partielle de la membrane médullaire et alors que le moignon n'est pas cicatrisé, serait-il irrationnel de tenter l'ablation de la portion malade de l'os? C'est du reste sous la forme de doute que nous émettons cette idée.

Faisons observer, en terminant, que les amputations pratiquées dans la contiguité des membres, n'exposent point à l'inflammation du tissu médullaire des os.

Nous avons rapporté quelques exemples d'inflammation de l'organe médullaire, cherché à fixer l'attention sur ce genre d'affection, arrivant particulièrement à la suite des amputations. Nous allons présenter le tableau des caractères anatomiques de la maladie, considérée en général. La difficulté d'étudier, dans l'espèce humaine, les diverses phases du mal depuis la simple congestion de la membrane médullaire, jusqu'à l'inflamma-

tion et ses conséquences, nous a conduit à recourir aux vivisections (1).

C'est de concert avec M. le docteur Batigne, agrégé près la Faculté de Médecine de Montpellier, que nous avons expérimenté sur plusieurs animaux, particulièrement sur les chiens. Nous avons multiplié nos recherches, varié nos procédés, quant au mode de pénétration dans le canal médullaire, y arrivant par la térébration, l'amputation; nous avons employé non seulement des moyens mécaniques, mais quelquefois des agens chimiques. Nos expérimentations ont spécialement porté sur les os longs, parce que chez eux l'organe médullaire jouit d'un plus grand développement. Nous distinguons dans le genre de lésion du tissu médullaire qui nous occupe, deux degrés : celui de congestion sanguine ou d'hypérémie sthénique et celui d'inflammation.

1° Congestion. La membrane medullaire est rouge; cette couleur ne s'étend point toujours à toutes les cellules du tissu réticulaire : quelques unes offrent l'aspect ordinaire de la moelle, qui contraste d'une manière assez marquée avec les arborisations vasculaires que l'on remarque généralement; le trajet des vaisseaux est plus dessiné qu'à l'ordinaire; la consistance de la moelle est augmentée; il y a imbibition du tissu compacte, coloré par le sang; la vascularité du périoste est plus marquée que de coutume; l'os commence à se raréfier, si l'état de congestion persiste.

2° Inflammation. La moelle offre quelque ressemblance, quant à la couleur et à la consistance, avec de la gelée de groseilles; quelquefois sa couleur est d'un brun foncé, elle perd les propriétés qui caractérisent les corps gras; elle saigne au moindre attouchement; on l'isole plus facilement d'avec sa membrane que dans l'état normal; la raréfaction de l'os est rapide; la substance compacte s'amincit de dedans en dehors; on dirait que, par une sorte de retour vers l'époque primitive de sa formation, elle ne présente qu'un tissu spongieux. Y aurait-il conversion de la substance compacte en substance spongieuse? Il paraît naturel de penser que la force expansive du premier tissu, déterminée par l'inflammation, amène l'écartement interstitiel des molécules osseuses, et cause l'amincissement de la substance compacte. Les accidens marchent-ils avec une certaine intensité, l'os est nécrosé dans une étendue plus ou moins considérable? Les filets et les lames qui forment la substance réticulaire sont ramollis et bientôt détruits; le canal médullaire, au lieu de présenter des cellules est occupé souvent par une seule cavité; on retrouve sur la membrane médullaire les débris du tissu réticulaire; si la maladie a débuté par la diaphyse de l'os, les extrémités articulaires sont peu altérées et réciproquement. Partout, enfin, l'os est accru en volume, ramolli dans sa texture par la prédominance de la substance organique sur la terreuse.

Le périoste ne peut se conserver sain dans la phlegmasie du tissu médullaire; à l'époque de l'hypérémie, il est détaché de l'os; on voit que son adhérence est faible; quand l'inflammation existe, qu'elle est vive, l'union avec le tissu osseux est encore moindre; en séparant la membrane fibreuse, on trouve sa face interne recouverte de globules sanguins. Sont-ils le résultat de la déchirure des vaisseaux qui se rendent à la substance corticale ou le produit d'un travail plastique? Le sang préexisterait-il ici, comme pour les pseudo-membranes, aux vaisseaux qui doivent le contenir? à une époque avancée ou quand la maladie est chronique, le périoste devient sec et friable.

L'activité sécrétoire du périoste est un fait bien remarquable : nos expériences nous ont souvent rendus témoins de semblables résultats. Voici un exemple qui mérite d'être cité : sur un jeune chien, de grande taille, nous amputâmes la jambe vers son quart inférieur : une tige métallique fut introduite dans le canal médullaire du tibia, de manière à blesser la moelle sans toutefois la détruire; nous détachâmes aussitôt le périoste de la surface externe du tibia dans toute l'étendue du corps de l'os; une lame de plomb très-mince fut placée entre celui-ci et le périoste. Douze jours après, une plaque osseuse d'une certaine épaisseur, adhérait à la surface interne de celui-ci, recouvrant la presque totalité du corps étranger.

Par la continuité et l'intensité de l'inflammation, le périoste perd ses propriétés physiques, devient étranger à l'os, les vaisseaux de cette membrane étant alors en partie oblitérés.

La résolution n'arrive guère que durant la congestion sanguine qui précède l'inflammation de l'organe médullaire.

Quant à l'induration, elle constitue ce genre d'hypérostose marqué par la prédominance du tissu compacte, le rapprochement, la condensation des molécules osseuses.

La moelle, dit M. Monod (*Dissertation inaugurale*), est la seule partie des os qui puisse être le siége d'un véritable abcès. Voici ce que nous a présenté la suppuration de la membrane médullaire observée dans des circonstances diverses : cette trame cellulo-vasculaire semble métamorphosée en une véritable membrane pyogénique; on dirait qu'un nouvel organe sécrétoire a été formé. Quelques observateurs dignes de foi affirment avoir trouvé une couche fibrineuse épaisse, distincte et placée comme une sorte d'intermédiaire entre la membrane médullaire et le foyer purulent; nous avions cru aussi retrouver dans nos investigations cette pseudo-membrane; mais un examen plus attentif nous a dé-

(1) Il est une observation qui n'a point échappé à ceux qui s'occupent avec soin des altérations de l'organe médullaire, c'est que dans celles qui, sur le même individu, envahissent plusieurs parties du système osseux, on prend, pour ainsi dire, la nature sur le fait; l'on retrouve divers états appartenant d'une manière tranchée à la congestion, à l'inflammation, n'étant encore qu'instantes, ou accomplies, terminées par suppuration et par gangrène. On peut contempler l'os détruit dans quelques régions, tandis que, dans d'autres voisines, il offre des traces de réparation.

montré que ce prétendu tissu de nouvelle formation n'était dû qu'aux couches purulentes les plus excentriques et tapissant l'organe médullaire. Nous avons vu deux fois la membrane médullaire détruite dans le cas de suppuration, et le pus être en rapport avec la substance osseuse elle-même. La maladie avait, dans ces circonstances, marché rapidement. Le professeur Lobstein pense que l'inflammation de la toile médullaire tapissant les cellules du tissu spongieux des os est susceptible de se terminer par suppuration, sans l'intervention d'une érosion, et, qu'à l'instar des membranes muqueuses, elle pourrait sécréter une humeur puriforme.

Le pus, ou plutôt la combinaison du sang et de la moelle, est d'abord comme infiltré dans les vacuoles de la substance réticulaire; mais communément les lames osseuses qui la constituent, atteintes par l'inflammation, sont détruites, sans que nous ayons jamais pu apercevoir ici le plus léger vestige d'un travail réparateur; plusieurs cellules se réunissent et forment de petits foyers, d'abord isolés, mais bientôt confondus, présentant des parcelles osseuses, résultat de la destruction du tissu réticulaire. La suppuration est d'abord sanguinolente, couleur de lie de vin; on peut y distinguer des globules graisseux; quelquefois elle est d'un jaune verdâtre et exhale une odeur fétide. L'on peut avancer que, pour les os comme pour les parties molles, le pus varie quant à sa couleur, sa consistance et ses autres propriétés. Si la sécrétion purulente a lieu depuis longtemps et dans un os fermé, la matière se fait jour au dehors, filtrant à travers les lames ramollies de l'enveloppe corticale de l'os; quelquefois celui-ci présente des perforations dans lesquelles s'engagent des végétations de la membrane médullaire. Il est toujours difficile d'établir les limites qui existent entre la suppuration de la membrane médullaire avec laquelle coïncide celle du tissu aréolaire, et la suppuration dans le cas de carie; en définissant celle-ci, l'altération de l'élément organique de l'os et dont la conséquence est la destruction, qui ne voit que cette définition peut convenir également à l'autre maladie? Dire que la carie est essentiellement envahissante, n'est-ce point encore signaler un trait d'analogie entre elle et la phlegmasie médullaire? (Voir le savant article OSTÉITE. *Dict. de méd. et de chir. prat.*)

L'inflammation sur aiguë de la membrane médullaire entraîne la gangrène qui en est une terminaison assez commune; le tissu médullaire est alors détaché du pourtour de l'os par la destruction des vaisseaux; il est noirâtre, affaissé sur lui-même et exhale une odeur fortement ammoniacale. Par la macération, il se résout en une substance molle, pulpeuse, sans organisation apparente: la nécrose de l'os est le résultat inévitable de la mortification de l'organe médullaire. Dans la période de congestion, précédant l'inflammation médullaire, il n'y a pas de signe bien tranché pouvant conduire à la connaissance du mal; le caractère des douleurs est lui-même très-variable; quelquefois nulles, le plus souvent sourdes et non continues, elles se dissipent pendant le repos pour reparaître durant le mouvement. Il est probable, sans être avéré néanmoins, que les douleurs de nature syphilitique, dites ostéocopes, siégent dans le tissu réticulaire et par contiguité dans le médullaire.

L'inflammation se manifeste d'abord par le gonflement de l'os (hypérostose); comme ce phénomène physique est la condition de la plupart des maladies graves du système osseux, nous devons arrêter notre attention sur lui. La raréfaction osseuse qui nous occupe et que nous appelerons ostéo-porose, avec Lobstein, apparaît promptement; l'exostose qui, le plus souvent, n'est qu'une sécrétion osseuse sous-périostotique est bornée à une partie de l'os, alors que l'hypérostose produite par la lésion de la toile médullaire, envahit la totalité des os courts, et souvent la diaphyse entière des os longs. Nous possédons des faits qui appuyent cette assertion; dans l'espèce d'ostéite qui atteint la substance compacte des os longs, leur tuméfaction est fusiforme, parce que la maladie n'affecte qu'une partie de la diaphyse osseuse, s'étendant rarement jusqu'au canal central. L'on ne confondra pas l'espèce d'hypérostose en question avec celle qui, se manifestant à la longue, rend l'os beaucoup plus pesant par la déposition de la substance calcaire dans les cellules du tissu spongieux. C'est ce que Lobstein désigne sous la dénomination d'ostéo-sclérose corticale, état qui, du reste, ne s'accompagne pas d'accidens et modifie d'une manière peu sensible la nutrition de l'os (1).

Un caractère essentiel qui appartient à l'hypérostose, résultat de l'inflammation médullaire, c'est le ramollissement de l'os.

Si, dans le système osseux, des symptômes caractéristiques ne sont pas toujours comme la traduction fidèle des lésions organiques les plus graves, il n'en est point ainsi pour la maladie que nous retraçons. La chaleur de la partie est augmentée. Sur un jeune homme de 17 ans, atteint d'inflammation aiguë du tissu médullaire de l'humérus et qui succomba à cette affection, la peau du bras était brûlante, même pour la main qui l'explorait. Le tissu cutané, recouvrant l'os malade, s'amincit, perd de sa mobilité, prend une couleur bleue plus ou moins foncée, due à l'injection du système veineux; dans d'autres circonstances, les tégumens sont le siége d'une inflammation érysipélateuse. La peau s'ouvre, s'ulcère dans une grande étendue, présente des trajets fistuleux; l'os est à nu; plus tard on ne distingue plus la texture de la substance compacte. Un phénomène qui nous a frappé, c'est que, dans l'ostéoporose déjà avancée, on voit très-distinctement ces canaux osseux existant, suivant Houssiph, dans l'état

(1) Nous regardons l'ostéo-sclérose corticale comme un état consécutif plutôt qu'essentiel. De même qu'après le rachitisme conduit à guérison, les os sont plus durs que dans l'état normal, par la surabondance du phosphate calcaire, qu'ils sont plus résistans encore dans l'endroit où ont existé les fractures, de même après l'inflammation du tissu réticulaire, celui-ci, modifié dans son organisation, est rempli, sursaturé de substance calcaire.

naturel de l'os et renfermant des vaisseaux. N'y aurait-il ici qu'exagération de volume de ces conduits osseux qu'on doit retrouver toujours, mais qui, par suite de la raréfaction générale de l'os, sont rendus plus apparans?

Une altération aussi profonde ne saurait rester locale; elle retentit bientôt dans l'organisme; les douleurs sont aiguës et parfois térébrantes; leur intensité nous paraît être en raison inverse de l'âge; car, bien que ce soit l'exception, nous avons vu des sujets atteints du mal que nous décrivons, n'éprouver que des douleurs peu vives; la fièvre, qui se déclare avant la suppuration, est une fièvre hectique de douleur; quand la suppuration est établie, c'est encore la fièvre hectique, mais celle-ci est de résorption.

Le système osseux n'étant que peu ou point influencé par ces grandes perturbations qui portent sur l'organisme et au milieu desquelles il reste le plus souvent étranger, les médications générales qui agissent sur toute la constitution, n'ont sur lui qu'une influence peu énergique. Cependant après avoir employé, dans le principe du mal, si l'on est appelé à temps, un traitement largement anti-phlogistique, on administrera les anti-syphilitiques, ou les anti-scrophuleux. Nous avons eu à nous féliciter, surtout chez les scrophuleux jeunes, des préparations d'or. Mais c'est localement aussi qu'il convient d'agir pour arrêter la maladie, et si elle n'est pas trop étendue, de la convertir en nécrose par l'application du cautère actuel. On peut aussi recourir à des ablations ou à des résections partielles de l'os. Que si tout le corps d'un os des membres est envahi, les accidens s'aggravent et l'amputation devient une cruelle, mais dernière ressource.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

NOVEMBRE 1834.

Accouchement. — Quatrième présentation de l'épaule gauche avec issue du bras. — Tentatives de version inutiles. — Évolution spontanée du fœtus. — Observation communiquée par M. Ferdinand Ricou, docteur en médecine à Valréas (Vaucluse).

Rosalie Favier, d'un tempérament bilioso-sanguin, âgée de vingt-cinq ans, fortement constituée, devint enceinte pour la première fois, il y a deux ans. Parvenue au septième mois de sa grossesse, elle éprouva tout-à-coup, et sans cause connue, des douleurs vives qui, partant des reins, se concentraient dans la région pelvienne. Une sage femme fut appelée, et bientôt Rosalie Favier accoucha d'un enfant qui ne vécut que cinq jours. Un an après, elle devint encore enceinte : sa grossesse ne fut entravée par aucun accident ; elle parcourut heureusement toutes ses périodes. Enfin le 24 août dernier, les phénomènes précurseurs de l'accouchement se manifestent et la même sage-femme est encore appelée. Le 25 dans la matinée, les douleurs expultrices étaient fortes, il y avait un état général d'excitation légèrement fébrile, et cependant le travail n'avançait point. La sage-femme, après avoir pratiqué le toucher, crut reconnaître une présentation du genou ou de l'épaule ; mais impatientée de la longueur de l'accouchement, elle rompit intempestivement la poche des eaux. Aussitôt plus de douleurs ; le liquide amniotique s'échappe à grands flots : tentatives réitérées de la part de la sage-femme pour l'extraction de l'enfant. Tous ses efforts sont vains ; le col de l'utérus présente une rigidité extrême ; le doigt peut à peine y pénétrer.

Fatiguée autant qu'effrayée de son état, l'infortunée Favier fait appeler Mme Chaste, sage-femme aussi recommandable par sa prudence que par ces connaissances en obstétrique. Le bras gauche se déploie dans le vagin ; la main sort de la vulve. Elle veut essayer la version, mais sa main ne peut pénétrer dans la matrice ; elle renonce à toute manœuvre.

Le 26, deux docteurs en médecine sont successivement appelés : mêmes tentatives, mêmes insuccès. Une large saignée est pratiquée, puis la femme est plongée dans un bain. On recourt encore plusieurs fois à la version ; mais la main ne pénètre qu'en partie dans la matrice, à cause du resserrement spasmodique de son col et de son état presque permanent de contraction. Toute la journée et toute la nuit se passent dans la plus grande perplexité.

Le 27, dans la matinée, je suis invité à me rendre auprès de cette malheureuse femme. Je la trouvai dans l'état suivant : dépressiou et accélération du pouls, grand abattement physique et moral. Le bras gauche est entièrement dégagé ; il est violacé et fortement tuméfié. Le col utérin exerce sur lui une compression circulaire qui rend toute manœuvre impossible.

Me rappelant que le professeur Chaussier avait beaucoup préconisé dans ce cas l'extrait de belladone en frictions sur le col de l'utérus, j'eus recours à ce moyen. Bientôt je pus introduire la main gauche ; mais par l'absence des eaux de l'amnios, l'enfant était si fortement serré par la matrice, que tous mes efforts pour soulever le thorax au-dessus du pubis et aller chercher les pieds furent infructueux.

Cependant la femme Favier se livre à une sorte de fureur ; des cris affreux lui échappent : elle veut se précipiter sur un instrument aigu pour mettre fin à des souffrances dont elle n'entrevoit pas le terme. Les contractions utérines sont violentes et presque continues ; tout le moignon de l'épaule est dégagé. Le périnée, bien que soutenu avec force, commence à s'érailler ; nous frémissons à la pensée de faire usage du somatome caché de Baudelocque neveu. L'enfant était mort ; toute notre sollicitude devait se porter sur la mère. Depuis 24 heures le bras avait franchi la vulve ; il exhalait une odeur fétide ; la région axillaire présentait une légère solution de continuité, sans hémorrhagie ; d'ailleurs dans ma manœuvre je m'étais assuré que le cordon ombilical ne donnait aucune pulsation.

Nous demandons le concours des lumières d'un autre médecin accoucheur. Je quitte moi-même momentanément cette scène de douleurs, recommandant à la sage-femme de soutenir toujours avec force le périnée. Bientôt je rentrai avec le docteur Lacondamine, après lui avoir tracé le pénible tableau qui allait s'offrir à sa vue. Quelle ne fut pas notre surprise !.... Déjà les fesses sont dégagées en partie ; le moignon de l'épaule et une portion du bras sont remontés dans le vagin. Les contractions utérines sont des plus violentes. Des tractions ménagées, selon l'axe des détroits supérieur et inférieur, suffirent au dégagement du tronc de l'enfant ; la tête suivit presque immédiatement, et la délivrance n'offrit aucune difficulté.

L'enfant était mort ; son poids était de dix livres ; le bras seul qui s'était dégagé le premier avait subi un

commencement de putréfaction. Les épaules et les fesses offraient quelques ecchymoses; il y avait desquamation de l'épiderme sur quelques points isolés de la périphérie du corps qui était d'un blanc mat. Point de fractures, point de luxations.

La femme eut un léger mouvement fébrile les premiers jours; elle est maintenant (8 septembre) hors de tout danger. Le périnée n'est point déchiré.

Le fœtus présentait évidemment la quatrième position de la nomenclature de Baudelocque. La tête était à droite, la face tournée vers la symphyse sacro-iliaque correspondante; les pieds étaient à gauche. Quel a été le mécanisme de cette évolution spontanée? Voici comment l'explique le professeur Dugès: l'enfant étant fortement fléchi sur le côté qui est tourné vers le fond de la matrice, le bas du tronc est fort élevé dans cet organe, et les fesses en remplissent la plus grande profondeur. C'est donc sur elles qu'il agit avec plus de force. En agissant ainsi, l'utérus finit par pousser l'abdomen du fœtus vers le détroit supérieur, faisant remonter de l'autre côté le moignon de l'épaule: alors l'extrémité pelvienne de l'enfant s'enfonce brusquement dans l'excavation, et l'accouchement se termine rapidement, comme quand les fesses se sont présentées de prime-abord.

Ces accouchemens sont rares, sans doute; mais ne seraient-ils pas un peu plus communs si on laissait agir un peu plus la nature? Que fait-on le plus souvent? on se livre à mille manœuvres, on exerce des tractions sur le bras, sur le moignon de l'épaule qu'on enfonce dans l'excavation pelvienne; on donne même le seigle ergoté... Comment l'évolution spontanée du fœtus pourra-t-elle s'effectuer? n'est-ce pas évidemment entraver la nature dans sa marche?

Il est quelques accoucheurs qui prétendent que dans tous les cas la version est possible. Je conviens qu'il en est ainsi le plus communément, mais il est des cas exceptionnels où toute leur expérience et leur dextérité viendraient certainement échouer. Quelle main assez habile et assez insensible à la douleur pourrait pénétrer dans une matrice tellement resserrée et moulée sur le fœtus qu'elle semble le broyer par les violentes contractions de ses fibres? J.-L. Baudelocque ne dit-il pas qu'il existe des cas d'accouchemens par l'épaule où l'orifice externe du col utérin étant bien dilaté, l'utérus est tellement contracté qu'il s'applique de plus en plus sur le corps du fœtus, qu'il l'étreint avec tant de force qu'on éprouve les plus grandes difficultés à y pénétrer, et que même on n'y parvient en aucune manière? Désormaux, lui-même, après avoir tracé les règles à suivre pour faire la version (Nouveau Dictionnaire de Médecine), dit qu'en suivant ces règles il n'a jamais trouvé d'accouchement impossible, que jamais il n'a eu à remédier à la fracture ou à la luxation des membres du fœtus; et cependant, quelques lignes auparavant, il déclare que dans un cas pour lequel il fut appelé, les eaux s'étant écoulées et le bras sortant depuis huit jours, la matrice repoussa sa main avec tant d'énergie qu'il désespéra pendant quelque temps de vaincre sa résistance, qu'il n'y parvint qu'en écrasant la poitrine du fœtus, mort depuis quelques jours. Est-ce ainsi que cet accoucheur observe les règles qu'il donne avec tant de confiance? Je cherche en vain celle qui a pour objet l'écrasement de la poitrine pour faciliter la version. Je ne la trouve point.

Donc, il est des cas où la version est impossible.

Dans son Cours d'accouchement, essentiellement pratique, M. Baudelocque neveu nous a dit (mai 1833) que sur douze accouchemens par l'épaule, pour lesquels il a été appelé, trois fois la version avait été peu difficile; que cinq fois il avait éprouvé, en faisant cette opération, un engourdissement très-douloureux de la main; qu'une fois la main gauche était restée paralysée pendant plusieurs jours; que dans deux autres la version avait été extrêmement difficile, et que deux fois enfin elle avait été tout-à-fait impossible.

Il est probable que, sans la coupable imprudence de la sage-femme, le docteur Bonnet, appelé en premier lieu, aurait réussi à effectuer la version. La poche des eaux, en se formant, n'aurait-elle pas assoupli, dilaté suffisamment le col utérin pour permettre, après sa rupture spontanée, l'introduction de la main, et alors, attendu la prodigieuse quantité d'eau qu'elle renfermait, n'aurait-on pas pu profiter de la mobilité du fœtus pour le saisir et l'amener vivant (1)? Par la version, dit Dugès, on peut obtenir sur six enfans quatre vivans et sains, un faible et un mort, et même des proportions plus avantageuses. Si cette cause mécanique n'avait pas suffi, la thérapeutique ne nous donne-t-elle pas des moyens rationnels aussi puissans que salutaires?

S'il est un cas où il faille ménager la poche des eaux, c'est surtout dans un accouchement contre nature, parce que tant qu'elle subsiste, l'enfant court beaucoup moins de danger de perdre la vie. Il est surtout important de la conserver jusqu'au dernier moment, dit Gardien, lorsque l'enfant est situé de manière qu'il faudrait le retourner pour l'extraire. En effet, si on rompait les membranes avant le temps convenable, lorsqu'il est nécessaire d'effectuer la version, cette méprise rendrait cette opération plus difficile, plus dangéreuse, l'introduction de la main plus douloureuse, la compression du cordon ombilical plus forte, le dégagement de la tête à travers l'orifice, qui ne serait pas suffisamment dilaté, plus difficile et plus fâcheux pour l'enfant.

Je termine ici cette digression, déjà bien longue sans doute, mais qu'on me pardonnera, j'espère, en faveur d'un cas si intéressant pour la pratique.

---

(1) Le mari de la femme m'assura, pour me donner une idée approximative de la quantité d'eau qui s'était écoulée de la matrice, et en me montrant un boisseau ou quart d'hectolitre, que cette mesure aurait à peine suffi pour la contenir. (F. R.)

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

—

§ I. — *Considérations générales sur les bubons, leurs causes et leur développement: observations de tumeurs inguinales qu'il est facile de confondre avec le bubon syphilitique.*

Le bubon est une tumeur inflammatoire qui se développe le plus souvent dans l'aîne, mais qu'on rencontre aussi quelquefois dans le creux de l'aisselle, au cou et dans toutes les parties où se trouvent des ganglions sous-cutanés. Nous ne nous occuperons guère dans ces articles que de celui dont le siége est dans l'aîne, les autres étant fort rares, et n'offrant d'ailleurs rien de spécial à considérer.

Nous sommes forcé de définir le bubon, tumeur inflammatoire, sans désigner le siége précis de la phlegmasie, car il peut varier et offrir sous ce rapport de très-grandes différences. Dans le plus grand nombre des cas, en effet, les glandes de l'aîne sont gonflées et enflammées, mais c'est le tissu cellulaire qui les unit, qui suppure, et non le ganglion lui-même. Quelquefois, cependant, la glande elle-même est détruite par la suppuration. Enfin, nous avons vu, dans quelques circonstances, le tissu cellulaire sous-cutané suppurer seul et sans qu'il y eût par conséquent adénite, mot qui n'est pas applicable au bubon en général, comme on l'a dit dans ces derniers temps.

Sous le rapport du siége des ganglions enflammés, la maladie offre encore de grandes variétés. Dans la très-grande majorité des cas, c'est la couche superficielle des ganglions de la région inguinale qui est prise d'inflammation. Ce sont ces bubons dont on arrête quelquefois promptement le développement par la saignée générale, une forte application de sangsues, et l'emploi des émolliens. D'autres fois c'est la couche profonde des ganglions qui est le siége des bubons, et comme le plus souvent alors la couche superficielle participe à l'inflammation, il en résulte d'énormes masses endurcies qui suppurent par parties et successivement, et nécessitent souvent un temps fort long, pour être fondues entièrement. Enfin, nous avons vu chez deux malades les ganglions de l'intérieur du bassin pris d'inflammation. Cet accident, heureusement assez rare, est toujours excessivement grave, et peut souvent entraîner la mort des malades. Dans tous ces cas, le ganglion lui-même peut suppurer ou rester intact, tandis que le tissu cellulaire qui l'entoure est fondu par la suppuration.

Cette distinction des bubons, suivant le siége qu'ils occupent, est indispensable à établir, lorsqu'on veut apprécier la rapidité de la guérison, l'efficacité de telle ou telle méthode.

Les bubons sont, suivant M. Cullerier, un symptôme secondaire. Ils résultent bien du transport du virus sur les glandes de l'aine au moyen des vaisseaux absorbans; mais c'est presque constamment, suivant ce médecin, à la suite d'une altération des parties génitales, ou d'une blennorrhagie que ce transport s'opère. L'expérience a en effet démontré que, dans la plupart des cas, lorsque le bubon semblait se manifester sans ulcération primitive, il avait existé dans quelques replis muqueux un petit chancre, ou une écorchure, point de départ du phlegmon inguinal inaperçu d'abord par le malade. Les bubons d'emblée seraient donc, suivant ce médecin, un accident extrêmement rare, si même on l'observe quelquefois, l'attention des malades étant presque toujours attirée vers le symptôme le plus grave, qui est la tumeur de l'aine.

Quand on ne trouve pas sur les parties génitales de traces suffisantes pour expliquer le développement du bubon, il faut examiner avec soin les pieds, les jambes et surtout les fesses du malade, pour bien reconnaître si la tumeur inguinale ne s'est point développée sous l'influence d'une plaie ou d'un furoncle de ces parties. Il est entré le mois dernier dans la petite salle un jeune homme qui offrait dans l'aine du côté gauche un énorme bubon suppurant, sans que les parties génitales offrissent aucune trace d'ulcérations syphilitiques. Ce bubon, situé au-dessus du pli de la cuisse, et en tout semblable à ceux qui accompagnent les chancres vénériens, était cependant le résultat d'une écorchure de la malléole, suite d'une marche forcée. On l'ouvrit largement, et il s'en écoula une très-grande quantité de pus. Cet homme sortit parfaitement guéri, après une semaine seulement de séjour à l'hôpital (1).

Le bubon de nature syphilitique succède presque tou-

(1) Ces bubons sans infection syphilitique sont extrêmement communs ; nous voyons souvent, à la consultation, des hommes qui font des frictions mercurielles ou prennent la liqueur de Van-Swieten pour dissiper des tumeurs inguinales causées et entretenues par des plaies des malléoles ou des orteils. Cette erreur de diagnostic est des plus préjudiciables aux malades ; cependant, avec quelque attention, il serait facile de les éviter. Il n'est pas aussi aisé de reconnaître la nature des bubons qui surviennent sans lésion extérieure et à la suite d'un travail forcé.

M. de Beaunez, chirurgien aide-major, chargé du service des ateliers militaires de Belleeroix, nous a communiqué sur ce sujet d'intéressantes observations. Voulant avoir quelques renseignemens plus étendus sur le développement de ces bubons observés en si grand nombre dans les ateliers de Belleeroix, nous avons demandé à ce médecin si les militaires qui en étaient atteints n'avaient eu aucun commerce avec les femmes, et surtout s'ils ne se livraient point à la sodomie, ce qui expliquerait suffisamment l'irritation des glandes inguinales, s'ils avaient eu jadis la vérole, quels étaient leurs exercices habituels, etc. Voici la lettre que M. de Beaunez a eu l'obligeance de nous adresser en réponse à ces diverses questions :

« Le séjour que j'habite n'est point un fort ni une prison, c'est une maison de correction militaire. Les condamnés qui y sont retenus la quittent le matin pour se rendre aux travaux du canal de Niort ; le salaire est proportionné à la tâche ; mais ici, comme partout, il y a des individus courageux et des paresseux, de bons et de mauvais sujets.

» Les hommes robustes, qui travaillent beaucoup, surtout

jours à une ulcération ; mais un point sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention, c'est qu'il ne se développe presque jamais lorsque cette ulcération est bien inflammatoire : il semble que le gonflement et l'induration des parties voisines du chancre s'opposent à ce que le virus pénètre plus avant ; c'est au contraire lorsque la période inflammatoire étant passée, l'ulcère syphilitique prend un caractère indolent que les glandes de l'aine s'enflamment à leur tour. Cependant les exceptions ne sont pas tellement rares, qu'on n'observe souvent de vastes bubons coïncidant avec des ulcères très-aigus de la base du pénis.

Il n'est pas non plus constant que la tumeur inguinale se développe du côté du chancre ; l'observation démontre au contraire que dans un assez grand nombre de cas, c'est au côté opposé qu'on la rencontre. Cette circonstance est fort remarquable sans doute, mais elle est prouvée par l'expérience de chaque jour.

C'est communément dans l'aine, au-dessus du pli de la cuisse et dans la cuisse même, qu'on rencontre le bubon ; cependant dans quelques cas il se trouve beaucoup au-dessous. Bien qu'on ait assigné ce point pour les phlegmons résultant d'une blessure ou d'une violence de l'extrémité inférieure, il est certain que le bubon syphilitique a quelquefois pour siége les ganglions de la cuisse. Dans ce moment même il y a dans les salles des vénériens un homme qui porte dans l'aine gauche un bubon abcédé, et qui offre sur le milieu du pubis lui-même un abcès de même nature. Il est évident que ces tumeurs dépendant de l'inflammation du tissu cellulaire seulement, on pourra les rencontrer sur tous les points qui avoisinent les parties génitales.

Le bubon est infiniment plus commun chez l'homme que chez la femme. Chez cette dernière on observe rarement aussi ces énormes masses dont nous avons parlé plus haut, et qui rendent la guérison si difficile. La proportion des bubons étant d'ailleurs en raison de celle des chancres, il est facile d'expliquer la différence que

---

dans le roulage en rampe ou même à la pioche, sont ceux qui m'ont le plus souvent présenté l'engorgement inflammatoire des ganglions inguinaux, sans symptômes concomitans et sans complications, si ce n'est un état fébrile sympathique. Nul doute que plusieurs d'entre eux avaient essuyé la maladie vénérienne depuis un temps plus ou moins long. J'ai également observé fréquemment ces bubons chez les nouveaux condamnés, non familiarisés ou rompus aux travaux de terrassement, se livrant avec courage à leur tâche, surtout en hiver, époque à laquelle les efforts abdominaux sont plus pénibles à cause de la difficulté de prendre un point d'appui sur un sol glissant et incliné de 40 à 45 degrés, et aucun d'eux n'a encore été atteint de symptôme vénérien consécutif.

» Plusieurs individus m'ont offert des exemples d'incubation ou de récidive assez remarquables ; mais ils sont arrivés aux ateliers dans cet état. Les symptômes s'étaient déclarés pendant les fatigues de la route, soit en été, soit en hiver, sans cohabitation postérieure au dernier traitement, lequel datait de deux, trois, quatre mois. Les aines étaient aussi plus ou moins engorgées. S'étaient-ils livrés au commerce de la sodomie ? c'est ce qu'ils n'avouent point.

» Parmi les hommes arrivés ici au commencement du mois, je citerai Pichant, atteint d'engorgement des ganglions inguinaux pendant la route. Il eut aussi une récidive de blennorrhagie après une guérison de deux mois, sans cohabitation licite ; l'engorgement s'est dissipé seul pendant le traitement du flux urétral.

» Tous les condamnés me passent par les mains à leur arrivée ; je suis donc à même de constater leurs infirmités. J'ai remarqué qu'ils étaient plutôt disposés à en simuler qu'à en dissimuler. J'ai constaté ainsi que les nommés Renaud et Depagne, nouveaux condamnés, de force et de complexion moyennes, âgés de vingt-quatre à vingt-cinq ans, ne portaient pas la plus légère trace d'affection syphilitique : quinze jours après leur arrivée, ils étaient atteints d'engorgemens douloureux des ganglions aux deux aines. Ces organes se présentaient sous la forme de petites avelines ; on les rencontrait également dans le triangle crural correspondant à l'aine. L'apparition de ces tumeurs eut lieu le lendemain de douleurs dans l'articulation ilio-fémorale, déterminées par le roulage en rampe. Ces deux individus sont, ici, d'excellens sujets, très-bien notés. Les autres parties du corps ne m'ont rien présenté de particulier.

» Les condamnés qui se livrent le plus communément à la sodomie, à titre *de prostitués*, pour le compte de leurs sales complices, sont délicats, jaunes, étiolés, à figure efféminée ; en général, s'ils persistent dans leurs vices, ils tombent bientôt dans une sorte d'abattement et de maigreur caractéristiques. Leur anus présente à l'œil une quantité de ganglions saillans, durs et tout-à-fait indolens. Cet état pathologique ne doit être attribué qu'au commerce infâme qui épuise ces malheureux, car en général ils ne travaillent pas ou seulement fort peu ; il ne faut cependant pas se dissimuler qu'il y a beaucoup de ces vauriens qui ont une apparence de santé remarquable. Ce sont ceux-là qui m'ont présenté des fissures et des végétations à l'anus ; j'ai surtout rencontré une sorte de boutons à bords droits, à tête plate, saillant d'un tiers de ligne au-dessus de la peau, se réunissant par plaques, et laissant échapper un suintement jaunâtre d'une odeur infecte. La partie interne des fesses m'a paru leur origine unique. J'ai vu aussi quelquefois, sur le bord même de l'anus, une sorte de verrue, à tête granuleuse, ayant l'apparence du choufleur et laissant échapper une humeur purulente assez abondante. Nul doute que ces individus avaient été infectés plus ou moins de syphilis, qu'ils en avaient été mal guéris, et que les orgies et la débauche faisaient repulluler cette affection.

» Mais ce qui prouve que la fatigue ilio-fémorale est surtout une cause déterminante de l'engorgement des ganglions inguinaux, c'est qu'il est peu de jeunes recrues dans la cavalerie qui n'aient eu ces petits organes plus ou moins irrités. Les individus qui, après un long repos, se livrent à une marche forcée de plusieurs jours, sont sujets à la même incommodité. Il suffit d'une continuité de cause pour déterminer la fluxion inflammatoire et la suppuration.

» Cette fatigue ilio-fémorale est l'occasion la plus commune du développement de ces bubons ; mais il est d'autres causes moins fréquentes et qu'il serait trop long d'examiner ici. Quoi qu'il en soit, la nature de ces engorgemens est souvent très-difficile à reconnaître, et le diagnostic est encore plus embarrassé, lorsqu'à la cause indiquée il se joint l'apparition de quelques symptômes vénériens, même éphémères, ou la déclaration d'un coït récent. »

l'on observe dans leur développement chez les deux sexes.

§ 2. — *De la marche du bubon syphilitique et de son pronostic.*

De quelque manière que se développe le bubon, et à quelque époque qu'il prenne naissance, il survient toujours dans l'aine une tumeur plus ou moins volumineuse, dure, sensible à la pression, qui offre dès son début tous les caractères d'une tumeur inflammatoire. Si on se hâte de lui opposer les moyens convenables, on peut la faire avorter avant son entier développement, et elle se résout d'une manière complète; mais si on n'enraie pas de cette manière la marche du bubon, si, surtout, le malade continue à marcher, s'il irrite la surface des ulcères ou la tumeur par quelque application stimulante, le phlegmon s'accroît par la réunion d'autres ganglions engorgés et du tissu cellulaire voisin, des battemens s'y font sentir, et bientôt il s'y établit un foyer de suppuration.

Le développement et la marche de ces tumeurs inguinales sont trop connus des praticiens pour que nous nous arrêtions à les décrire; bornons-nous seulement à insister sur quelques considérations pratiques importantes.

Les malades qui se présentent à l'hôpital pour la première fois, quel que soit le développement de leurs bubons, guérissent en général avec une grande facilité; mais ceux qui plusieurs fois dans leur vie ont été atteints d'affections syphilitiques offrent des symptômes toujours beaucoup plus graves et beaucoup plus difficiles à guérir. Il est, au reste, des constitutions qui résistent bien plus aisément les unes que les autres aux ravages de la vérole : on a dit avec raison que les individus gras et lymphatiques offraient de plus vastes abcès, des décollemens plus étendus. Cette remarque, qui est vraie en général, souffre cependant d'assez nombreuses exceptions. On voit, en effet, des sujets nullement lymphatiques chez lesquels la syphilis prend en quelque sorte domicile, et que les soins les plus empressés ne peuvent extirper, tandis que chez d'autres cette affection s'éteint d'elle-même, et sous l'influence des moyens les plus simples. Nous avons vu plusieurs fois des malades, à peine débarrassés de leurs chancres, offrir des pustules muqueuses, puis une syphilide générale, puis une ulcération du voile du palais. Cette affection se compliquait ainsi malgré les antiphlogistiques et les anti-vénériens tour à tour administrés. C'est une malheureuse prédisposition qui ne se fait reconnaître par aucun tempérament.

C'est surtout chez les malades affectés de bubons qu'on trouve une grande différence dans la marche de la maladie : chez les uns, la tumeur, quoique volumineuse, se résout promptement en quelques semaines; chez les autres, la suppuration s'établit et se fait jour au dehors. Des clapiers et des trajets sinueux s'opposent au récollement de la peau : dès qu'un point est rétabli, un autre point s'enflamme et suppure; les ganglions de l'aine et de la cuisse, superficiels et profonds, s'engorgent successivement. Si l'on applique des sangsues sur ces divers phlegmons, leurs piqûres s'enflamment et se transforment en ulcères syphilitiques. A quoi tient cette différence d'action? sans doute à l'individualité des sujets; mais cette modification dans l'économie, il est impossible de la reconnaître à l'avance et de la prédire au début des symptômes syphilitiques et à l'inspection des sujets, du moins dans le plus grand nombre des cas.

Cette opiniâtreté des symptômes syphilitiques dans certaines circonstances, opposée à leur bénignité dans certaines autres, peut quelquefois se remarquer chez le même sujet à de courts intervalles.

Au n° 14 de l'infirmerie, nous avons observé un jeune homme de dix-huit ans entré dans le courant de l'année dernière, pour des chancres et un bubon dans l'aine droite. Des sangsues ayant été appliquées sur la tumeur, leurs piqûres se transformèrent en ulcères syphilitiques, dont les bords finirent par se rejoindre et représentèrent un vaste ulcère serpigineux occupant une grande partie du ventre et de la cuisse. Pendant sept mois on a essayé sur ce malheureux tous les moyens imaginables, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ce n'est qu'au bout d'un si long espace de temps que la pulpe de carotte râpée a procuré une guérison rapide. Il sortit de l'hôpital vers la fin d'avril, offrant une vaste cicatrice blanche, solide, que le temps n'a fait que raffermir.

Cet homme est rentré au bout de deux mois avec une nouvelle affection, consistant en une blennorrhagie et un bubon précisément du côté où un vaste ulcère avait détruit la peau et le tissu cellulaire. Le repos au lit, la diète et quelques émolliens ont suffi pour amener une prompte guérison. Le malade est sorti guéri après un séjour de quelques semaines à l'hôpital.

Cette observation, que nous citerons ailleurs avec toute l'étendue qu'elle mérite, est un des exemples les plus remarquables des différences qui peuvent exister dans les divers degrés de gravité chez les malades et même chez un seul sujet.

On a prétendu que de nouveaux bubons ne se développaient jamais sous les cicatrices des anciens : cette assertion est tout-à-fait inexacte. Il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, que les ganglions de l'aine fussent entièrement détruits par la suppuration, ce qui ne doit jamais arriver. Nous avons vu au contraire plusieurs malades offrir de nouveaux phlegmons inguinaux sous les cicatrices mêmes des anciens. L'exemple, cité plus haut, en est une preuve remarquable. Il y avait, au n° 8 de la petite salle, un homme qui présentait dans l'aine gauche un bubon de la grosseur d'un œuf de dinde tout sillonné de cicatrices, résultant d'anciens phlegmons. Cette énorme masse endurcie était rouge, sensible à la pression, et semblait ne devoir jamais se résoudre. La potion iodée fut administrée pendant une quinzaine de jours; il semblait déjà qu'on en obtenait une diminution sensible, lorsque ce malade, fort indocile, s'ennuyant à l'hôpital, se fit renvoyer pour inconduite.

Il serait inutile de nous étendre plus longuement sur la marche de ce symptôme syphilitique. Ce que nous en

avons dit doit suffire pour faire connaître les opinions de M. Cullerier sur sa nature. Nous nous occuperons, dans nos prochains articles, des diverses formes de bubons, et du traitement adopté par ce médecin. Nous serons forcé de nous étendre avec quelques détails sur la cure de ce symptôme le plus important de tous ceux que nous avons étudiés jusqu'ici.

Considérations pratiques sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'émétique à haute dose.

M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker, a publié, dans le *Censeur médical*, plusieurs observations de rhumatismes articulaires guéris par le tartre stibié. L'émétique à haute dose serait, suivant ce médecin, un moyen puissant dans ces sortes d'affections qui résistent parfois aux antiphlogistiques les mieux administrés. Trois cas seulement de rhumatismes sont rapportés dans ce mémoire.

Dans la première observation, il s'agit d'un maçon âgé de trente-quatre ans, qui fut admis à l'hôpital le 3 octobre 1833. Il éprouvait, depuis quelques jours, de vives douleurs dans les articulations des genoux et des poignets avec des frissons et de la céphalalgie. Le, 4, les douleurs envahirent aussi l'articulation du coude. Les parties douloureuses étaient rouges et tuméfiées, la peau était chaude, le pouls fréquent, etc. (On ordonna *petit-lait avec une once de sulfate de soude, saignée de quatre palettes, cataplasmes émolliens*). Il n'y eut aucun soulagement. Le 6, au contraire, les douleurs étaient plus vives, il y avait de l'agitation, de l'insomnie. (*On renouvela la saignée et on ordonna le petit-lait émétisé.*)

Les jours suivans il y eut un peu de soulagement; mais le 13 exacerbation des accidens. (*Un demi-grain d'opium le soir et quinze sangsues sur le poignet.*) Le 14, vingt autres sangsues furent appliquées sur le coude, la douleur diminua sur ce point, mais le lendemain plusieurs autres articulations se prenaient à leur tour.

Il devenait évident que les évacuations sanguines étaient plus nuisibles qu'utiles; on donna alors le *tartre stibié à la dose de dix grains avec addition d'une once de sirop diacode dans une potion prise par cuillerées toutes les heures.*

Le malade eut trois selles seulement et point d'envies de vomir. Dès le lendemain l'amélioration était sensible. On porta la potion à douze grains. Le troisième jour, le soulagement était tel que le malade se croyait guéri. On continua la potion, mais à dose décroissante; cet homme pouvait être considéré comme guéri à la fin du mois, lorsque, après s'être exposé à la pluie et au vent, toutes les articulations se prirent de nouveau et devinrent aussi douloureuses qu'à son entrée à l'hôpital. La même potion fut aussitôt administrée, et le malade sortit de l'hôpital guéri en dix jours de cette rechute.

Dans la seconde observation citée par M. Bricheteau, le tartre stibié fut administré dès le début et fut porté à la dose de vingt grains sans causer d'autre changement dans l'économie qu'un ralentissement notable du pouls; mais la maladie n'en fut nullement influencée, et il fallut supprimer ce médicament et pratiquer une saignée générale qui procura une guérison presque instantanée.

Enfin le tartre stibié a réussi complètement dans le troisième fait rapporté, quoiqu'à plusieurs reprises il soit survenu des selles et des vomissemens. Aucune émission sanguine n'a été pratiquée, bien que dans cette observation, comme dans les précédentes, le rhumatisme articulaire fût tout-à-fait à l'état aigu et que plusieurs articulations fussent à la fois le siége d'une inflammation douloureuse.

Réflexions. Sans revenir ici sur les effets de l'émétique à haute dose en général, sujet assez longuement traité dans cet ouvrage, nous allons arrêter un instant l'attention des praticiens sur ce mode de traitement appliqué au rhumatisme articulaire. Des médecins éclairés se louent de son emploi : le praticien dont nous avons rapporté les observations dans cet article, Delpech, et plusieurs autres partisans de la méthode rasorienne, les Recueils de Médecine ont fourni, depuis quelques années surtout, de nombreux exemples de guérison par cette méthode; mais d'autres praticiens, également nombreux et éclairés, qui admettent l'efficacité de l'émétique dans la pneumonie, lui refusent la même propriété dans le rhumatisme articulaire, assurant n'avoir obtenu par ce moyen qu'un trop petit nombre de succès pour qu'on puisse en recommander l'usage. M. Récamier déclare formellement que la méthode rasorienne ne réussit nullement contre le rhumatisme articulaire fixe et le rhumatisme articulaire vague. M. Bouillaud et plusieurs de nos confrères qui nous ont écrit à ce sujet n'en ont retiré aucun bon effet ou même le regardent comme d'un usage fort dangereux. Ajoutons encore que parmi les partisans de l'émétique à haute dose contre cette affection, les uns assurent n'en avoir obtenu de prompts succès que lorsque la *tolérance* s'est établie; d'autres, au contraire, déclarent que plus les évacuations ont été abondantes, plus la guérison a été rapide. Cette divergence d'opinion s'est établie d'ailleurs dans toutes les maladies contre lesquelles on a vanté et même admis généralement l'efficacité de ce médicament.

Il est bien difficile d'expliquer comment des praticiens peuvent arriver par les mêmes expériences à des résultats si opposés; mais on peut conclure de cette dissidence d'opinion que les effets salutaires de l'émétique à haute dose, dans le rhumatisme articulaire aigu, sont loin d'être constans, et que c'est un médicament qui, s'il réussit dans certaines circonstances, échoue du moins bien fréquemment. Nous croyons pouvoir tirer cette conclusion de l'article même de M. Bricheteau, bien que ce praticien semble accorder beaucoup de confiance au médicament en question.

Remarquons d'abord que sur les trois faits rapportés il y en eut un dans lequel l'émétique échoua complètement et fut remplacé par la saignée générale qui enleva la maladie en quelques jours. M. Bricheteau pense qu'il aurait

fallu débuter par saigner largement le malade, et ce médecin ajoute : Il est préférable de faire précéder l'émétique par la saignée *toutes les fois qu'il n'y a point de constitution médicale, de saisons qui contre-indiquent cette marche.* Or, les influences de cette constitution médicale sont telles sur les effets du tartre stibié que, dans certaines saisons, il est tout-à-fait inefficace, dans d'autres même son administration peut être suivie des accidens les plus graves : « C'est ainsi, dit M. Bricheteau, qu'après l'avoir employé si heureusement en 1831, il nous devint impossible de l'administrer avantageusement en 1832 et même au commencement de 1833 : ce fut seulement dans l'automne de cette même année qu'il nous parut utile de revenir à l'usage de ce médicament. Une seule fois il fut administré dans nos salles par un élève de garde pendant l'épidémie cholérique. Le malade éprouva les accidens les plus graves et mourut du choléra-morbus dont aucun symptôme n'existait au moment de l'administration du tartre stibié. »

Les partisans du tartre stibié à haute dose ont tous invoqué les constitutions médicales pour expliquer les nombreux insuccès obtenus par beaucoup de médecins qui l'administraient à leur imitation. Il est bon que les praticiens soient prévenus de cette singulière variation de l'atmosphère, ou plutôt de l'économie qui transforme tout-à-coup un médicament héroïque en un poison des plus violens, car les conséquences les plus fâcheuses pourraient résulter de l'oubli de cette distinction. Nous avons vu à l'époque du choléra plusieurs malades atteints de cette dernière affection à la suite d'un vomitif imprudemment ordonné, et nous croyons que dans cette saison encore, où les *cholérines* sont si communes, l'émétique à haute dose comme tous les évacuans ne doivent être administrés qu'avec les plus grandes précautions.

En résumé, malgré les nombreuses observations de rhumatisme articulaire guéri par la méthode rasorienne, nous persistons à croire que le tartre stibié ne doit être employé dans cette affection que lorsque les autres médications ont complètement échoué, et que les organes du malade et la constitution médicale régnante permettent sans danger l'administration des évacuans (1).

(1) Dans un Mémoire sur les avantages du tartre stibié à haute dose contre le rhumatisme articulaire, lu à la Société médicale de Tours, et publié dans son recueil, par M. Archambault-Reverdy, ce médecin se loue beaucoup des effets thérapeutiques de cette substance. Nous ne reproduirons point les observations citées à l'appui de ces éloges, observations du reste à peu près semblables à celles contenues dans le Mémoire de M. Bricheteau, mais nous appellerons l'attention sur une particularité digne de remarque, c'est que la plupart des malades qui faisaient usage de l'émétique administré à doses fractionnées, étaient pris, dans le cours du traitement, d'une vive inflammation du gosier. M. Archambault combattait cet accident par des gargarismes d'acétate de plomb liquide (un demi-gros à un gros dans quatre onces d'eau distillée ou de décoction de guimauve), en recommandant aux malades de ne point avaler ce mélange et d'éviter de le mettre en contact avec les dents, dont il pourrait altérer la blancheur.

Cette inflammation de l'arrière-bouche, survenant pendant l'administration du tartre stibié, ne devrait point forcer à interrompre le traitement, des gargarismes adoucissans et des lotions avec l'acétate de plomb, arrêtant presque aussitôt, suivant ce médecin, le développement de cette phlegmasie.

Mémoire sur la version céphalique et la version pelvienne. — Observations curieuses d'embryotomie.

Le quatrième fascicule des Mémoires de l'Académie royale de médecine, qui vient d'être publié, contient un Mémoire de M. Paul Dubois, sur une question qui intéresse au plus haut point les accoucheurs. Bien que nous ayons donné un très-court résumé de ce travail dans le quatrième volume de ce journal, nous croyons devoir analyser avec plus d'étendue les importantes recherches auxquelles s'est livré ce professeur.

M. Montault avait communiqué à l'Académie le fait suivant : Une femme bien conformée s'était présentée pour accoucher à l'Hôtel-Dieu le 2 mars 1832. Après la rupture des membranes qui se fit spontanément, le bras droit de l'enfant vint s'offrir à la vulve; l'enfant présentait la région antérieure et latérale droite du tronc, au détroit abdominal, et tendait à s'y engager. On avait à peine eu le temps de constater cet état de choses, que les intestins du fœtus descendirent dans le vagin, et franchirent les parties génitales externes. On chercha, à plusieurs reprises, à changer cette position vicieuse; mais on ne pouvait réussir à faire descendre la tête qui était fort élevée et rapprochée du fond de la matrice. Cependant on parvint à saisir les extrémités abdominales, et l'extraction du reste du corps fut promptement achevée; le fœtus était mort pendant le travail, et offrait une absence partielle des parois thoraciques et abdominales.

C'est sur la difficulté que les médecins ont éprouvée à ramener la tête du fœtus à l'orifice de la matrice, que M. P. Dubois a voulu attirer l'attention des membres de l'Académie; il s'est demandé si dans les cas de présentation du tronc, lorsque la tête est peu éloignée de l'orifice utérin, la version par les pieds serait préférable à la version par la tête.

Cette dernière fut la seule conseillée dans l'enfance de l'art, et presqu'exclusivement employée jusqu'à la fin du XVIe siècle, où la version par les pieds commença à obtenir une préférence marquée, et au commencement du XVIIIe, qu'elle fut généralement adoptée. Mais vers la fin de ce même siècle, M. le professeur Flamand proposa de revenir à la version par la tête, non-seulement dans les présentations du tronc, mais même dans celles de l'extrémité pelvienne. Beaucoup d'accoucheurs, surtout en Allemagne, ont fait des recherches pour éclaircir cette question, et c'est dans ce but qu'a été entrepris le travail que nous analysons.

M. P. Dubois commence par examiner la valeur des

raisons que l'on a citées en faveur de l'une et de l'autre version; mais on a mal apprécié, suivant ce médecin, les différens motifs qui pouvaient militer pour ou contre ces méthodes; on a exagéré les uns en négligeant de présenter les autres convenablement. Ainsi les partisans de la version céphalique ont dit que l'extrémité pelvienne se présentant la première et descendant par la filière du petit bassin, les liquides étaient refoulés vers la tête, et y déterminaient souvent une congestion mortelle; cette congestion, qu'effectivement on observe assez fréquemment dans ces sortes d'accouchemens, dépend bien plus, suivant M. Dubois, de ce que le cordon ombilical étant comprimé, l'enfant se trouve n'avoir plus aucun rapport avec la mère; il faut par conséquent qu'il respire; et si l'eau de l'amnios est écoulée, si sa bouche et ses narines se trouvent comprimées, il périt par une véritable suffocation; dans le cas contraire, l'eau troublée de méconium pénètre dans le larynx, la trachée artère et jusque dans les poumons où ce liquide est facilement distingué, quand on comprime les ramifications des bronches. Les deux exemples suivans, curieux sous plus d'un rapport, sont cités pour prouver jusqu'à quel point le fœtus peut être comprimé dans certains cas, sans que ses organes offrent de contusions ou de lacérations apparentes.

Au mois de novembre 1832, une femme est accouchée à l'hospice de la Maternité. L'épaule droite se présenta lorsque le col était à peine dilaté, et descendit par degrés dans l'excavation; bientôt après le bras droit sortit: les contractions étaient très-violentes, le fœtus était ployé latéralement en double, sans que l'épaule quittât le sommet de l'arcade pubienne; la partie latérale de la poitrine s'engagea, descendit et franchit la vulve; le côté correspondant la suivit, la hanche vint à son tour; enfin les fesses et les pieds se dégagèrent également, la tête sortit la dernière. La compression des organes dut donc être extrême, l'enfant, à la vérité, était mort; mais M. Dubois pense que la compression du cordon n'a pas été étrangère à cette funeste terminaison.

L'autre observation est une des plus curieuses que la science possède. Une femme de vingt-six ans, enceinte pour la première fois et parvenue au terme de sa grossesse, entra à la Maternité le 13 décembre 1827. Les parties génitales paraissaient rigides et la vulve d'une étroitesse extrême. La tête ayant descendu dans le petit bassin, arriva à la vulve, mais ne put la franchir; on n'osa appliquer le forceps à cause de l'étroitesse et de la tension des parties; on plongea la malade dans un bain. Après quelques instans, elle éprouva tout-à-coup une violente douleur aux parties génitales; elle fut aussitôt retirée, et l'on s'aperçut que le périnée était déchiré à son centre dans une étendue assez considérable; le bras droit avait passé par cette déchirure, l'épaule l'y suivit presqu'immédiatement; on apercevait à la vulve le côté droit de la face. Bientôt le côté droit de la poitrine, le flanc, la hanche, les fesses et enfin les pieds franchirent l'ouverture accidentelle. L'enfant, ployé en double latéralement, sortit donc par le même mécanisme que celui de l'observation précédente: il avait dû subir des pressions considérables, et cependant il était plein de vie. On explora aussitôt les organes par cette déchirure centrale du périnée, et l'on reconnut l'arrivée d'un second enfant qui présentait le sommet de la tête; il fut expulsé par la même voie; enfin une hémorrhagie légère étant survenue, on jugea convenable d'opérer sa délivrance, et c'est encore par cette ouverture qu'on introduisit la main. La mère et les deux enfans n'éprouvèrent aucun accident, et au bout de quelques jours, on réunit par un coup de bistouri cette ouverture et la vulve, dont la dimension ne se trouva cependant pas exagérée

Ce fait, des plus extraordinaires qu'on puisse rencontrer, prouve donc évidemment que le fœtus peut être soumis aux plus grandes pressions, sans qu'on observe les congestions viscérales dont nous avons parlé, si le cordon ombilical, n'étant point comprimé, lui permet de conserver des relations avec la mère.

Ainsi, quoique dans la version par les pieds le fœtus soit véritablement plus exposé à ces congestions, c'est presque uniquement, suivant M. Dubois, à cette compression du cordon qu'il faut attribuer cet accident.

Une autre raison alléguée en faveur de la version céphalique a été la suivante: Le nombre proportionnel des enfans morts survenus naturellement par l'extrémité pelvienne est beaucoup plus grand que celui des fœtus qui naissent par le sommet. Cette proposition est encore vraie, mais on a beaucoup exagéré les inconvéniens de la présentation pelvienne, parce que, dans les relevés qui ont été faits, on n'a pas distingué les époques des naissances et les divers accidens qui, bien qu'étrangers à la position du fœtus, ont dû produire sa mort. Afin de recueillir des notions plus exactes, M. Paul Dubois divise dans ses calculs comparatifs les naissances en deux catégories: dans l'une, les enfans étaient à terme; dans l'autre, ils avaient au moins sept mois de conception; puis en retranchant ceux qui étaient morts avant l'époque du travail, il arrive au résultat suivant:

Les enfans étant parvenus au terme de la gestation et se présentant par le sommet, un seul sur cinquante-un à cinquante-deux, a été expulsé mort à l'hospice de la Maternité, dans l'espace de quatre ans. Dans la présentation pelvienne, au contraire, il en est mort un sur onze. Dans la seconde catégorie, les enfans n'étant point encore à terme, la chance est à peu près égale, qu'ils se présentent par le sommet ou par l'extrémité pelvienne, et il en est mort à peu près un sur six. Ces distinctions et ces éliminations sont indispensables pour arriver à un résultat comparatif satisfaisant.

Mais s'il est prouvé que la version par les pieds est plus souvent suivie de la mort des enfans, il faut convenir aussi qu'elle est d'une exécution plus facile, et que bien que la version céphalique puisse, dans certains cas, s'opérer sans trop de difficulté, il est aussi des circonstances dans lesquelles elle est tout-à-fait impraticable.

Après avoir exposé et examiné les raisons que les partisans de la version céphalique ont alléguées en faveur de leur procédé, M. Dubois cherche à déterminer les

circonstances dans lesquelles cette version doit être pratiquée.

Dans l'espace de quatre années, cinquante-neuf enfans ont présenté l'épaule dans les salles d'accouchement de la Maternité ; sur ce nombre, trente-deux sont nés morts, ou ont succombé peu de temps après leur naissance ; vingt-sept seulement ont survécu. La version céphalique n'a été pratiquée que deux fois : dans un cas, la tête ayant été replacée au centre du bassin, les contractions utérines ne suffirent plus pour son expulsion, et il fallut appliquer le forceps ; dans l'autre, l'enfant fut expulsé vivant. Si on eût eu plus fréquemment recours à la version céphalique, aurait-on éprouvé moins de revers ? Cela n'est pas probable, car il faut d'abord retrancher de ce nombre dix-sept cas dans lesquels l'écoulement prématuré des eaux, la violence des contractions, la sortie de l'un des bras, etc., contre-indiquaient la version par la tête ; puis huit autres dans lesquels les enfans étaient morts à une époque antérieure au travail ; enfin, quatre autres cas dans lesquels les enfans n'étaient pas viables. Il est clair que dans toutes ces observations, la version par la tête ne pouvait offrir aucune espèce d'avantage.

Sur les trente cas restans, sept enfans avaient dépassé le septième mois de la gestation, mais n'étaient pas parvenus à terme. Le nombre de cinquante-neuf se trouve donc réduit à vingt-trois, dans lesquels on aurait pu proposer la version céphalique ; or, elle a été pratiquée une seule fois avec succès ; dans les autres cas, on a eu recours à la version par les pieds : dix-neuf enfans naquirent vivans, et ont continué de vivre ; trois naquirent morts, encore chez l'un deux on a pu croire que la mort était antérieure au travail. La version céphalique n'aurait assurément pas eu plus de succès.

M. Dubois se croit autorisé à conclure des faits exposés dans son Mémoire, que la version par la tête ne peut être opérée que dans les circonstances dans lesquelles la version par les pieds pourrait être facilement exécutée, et qu'on est fort loin d'avoir prouvé que son exécution offre moins de danger que celle généralement adoptée. Il croit que cette dernière étant d'une exécution plus facile, mérite encore la préférence qui lui est généralement accordée, sauf dans quelques cas particuliers de vices de conformation du bassin et qu'il est impossible de spécifier ici.

Nous nous sommes étendu avec plus de longueur que nous ne le faisons ordinairement dans ce journal sur le Mémoire de M. Dubois, parce que la question qui s'y trouve débattue est d'une grande importance pour les praticiens ; que ce chirurgien est presque le seul en France qui se soit occupé sérieusement de la résoudre, et qu'enfin, en donnant ainsi d'une manière complète le résultat des recherches d'un accoucheur distingué, c'est exposer l'état actuel de la science sur cette question.

Malgré l'étendue de cet article, nous ne pouvons passer sous silence trois observations très-curieuses insérées dans ce même Mémoire.

Une femme de trente-trois ans, enceinte pour la deuxième fois et à terme, souffrait depuis plus de cent heures, lorsqu'elle fut apportée à la Maternité le 27 mai 1830 ; elle présentait, à l'extérieur des parties génitales, le bras droit de l'enfant énormément tuméfié, froid et presque noir ; l'épaule et une partie du côté étaient profondément engagés et fixés solidement dans le bassin. On avait fait des tentatives multipliées pour exécuter la version par les pieds, et cette malheureuse était dans un tel état de douleur et d'épuisement, qu'à son entrée à l'hôpital on n'osa pas d'abord renouveler ces essais. Le lendemain matin, M. Dubois essaya d'introduire la main droite pour retourner l'enfant et l'extraire par les pieds ; mais l'extrême endolorissement et la rigidité du col utérin rendirent cette nouvelle tentative infructueuse. Ce chirurgien fut donc obligé de pratiquer l'embryotomie, seul moyen qui pouvait sauver la vie de la mère, l'enfant étant d'ailleurs mort depuis fort long-temps. Il essaya d'abord le procédé du docteur Lee ; mais, après être parvenu avec grande peine à fixer un crochet, il reconnut l'impossibilité d'extraire le tronc par une flexion forcée ; il prit alors le parti beaucoup plus simple de séparer la tête du tronc. A cet effet, le doigt indicateur fut porté jusqu'au col sur lequel il s'appliqua comme un crochet, et servit de conducteur à de longs ciseaux courbes ; l'opération fut faite en un instant. Le tronc fut alors dégagé sans difficulté, la tête descendit presque immédiatement dans le bassin, et les plus légères tractions suffirent pour l'amener au dehors.

Huit mois plus tard on apporta au même hôpital une malheureuse femme qui était à peu près dans la position de la précédente ; cette femme, qui demeurait à plusieurs lieues de Paris avait été transportée à la Maternité, après que des sages-femmes et des chirurgiens eurent fait des tentatives inutiles et multipliées pour opérer la version ; elle était exténuée par la douleur et la fatigue de la route. Après lui avoir donné quelques heures de repos, M. Dubois pratiqua tout de suite la section du col de l'enfant ; le tronc fut extrait à l'instant, et un doigt porté dans la bouche de l'enfant, suffit pour amener sans difficulté la tête à l'extérieur. Cette opération fut pratiquée rapidement et sans causer presque aucune douleur.

Ces deux femmes succombèrent quelques jours après leur délivrance ; mais il est évident que les dernières tentatives auxquelles elles furent soumises ne furent point la cause de cette issue funeste, puisqu'à peine déterminèrent-elles de la douleur.

M. Dubois, s'appuyant sur ces deux curieuses observations, pense que dans un cas pareil, après s'être bien assuré de la mort de l'enfant, on devrait suivre le procédé qu'il indique sans s'inquiéter de la manière dont la tête ainsi isolée sera expulsée. On s'est beaucoup effrayé de la difficulté que l'on rencontre à extraire la tête du fœtus, lorsque des tractions non ménagées ont opéré sa détroncation ; ces difficultés, suivant ce professeur, viennent toujours ou bien de ce que la tête offre un volume inaccoutumé, ou bien de ce que les diamètres du bassin sont rétrécis. Il cite à l'appui l'observation suivante :

Dans les premiers jours d'août 1830, une femme fut transportée, de l'un des faubourgs de Paris, à la Maternité. Un accoucheur, après avoir fait la version par les

pieds pour une présentation de l'épaule, avait tiré violemment sur le tronc de l'enfant, sans pouvoir extraire la tête qui avait fini par se détacher complétement du tronc. L'orifice de l'utérus s'était refermé, et ses parois se contractaient fortement sur cette tête, qu'aucun effort ne pouvait extraire. M. Dubois ayant introduit quelques doigts dans l'orifice utérin, parvint avec grande peine à la retourner de manière à lui faire présenter sa région temporo-pariétale, sans pouvoir lui faire éprouver une rotation plus complète. Des ciseaux de Smellie firent alors sur cette partie une large incision par où s'écoula un flot de liquide; c'était donc une tête d'enfant hydrocéphale: réduite ainsi à un très-petit volume, elle fut expulsée sans difficulté.

Nous appelons l'attention des praticiens sur les opinions émises par M. P. Dubois dans cet intéressant Mémoire, et spécialement sur ces observations d'embryotomie, en les avertissant toutefois que, pour tenter le mode d'opération conseillé par ce chirurgien, il faut bien s'assurer 1° que le bassin offre les dimensions voulues; 2° que le volume de la tête n'a rien d'extraordinaire; 3° enfin que le col utérin, revenu sur lui-même, ne l'emprisonne pas en quelque sorte, car, dans ces différentes circonstances, il est probable que la section du col de l'enfant n'amènerait qu'une difficulté de plus pour la terminaison de l'accouchement.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

NOVEMBRE 1834.

N° DU 1er.

ACCOUCHEMENS.

—

MÉMOIRE SUR LES MOYENS DE DIMINUER LA TÊTE DU FOETUS, dans les cas de forte déformation du bassin, et principalement sur le broiement; par M. BAUDELOCQUE neveu, professeur d'accouchemens. (1er article.)

PREMIÈRE PARTIE. — DE L'EMBRYOTOMIE.

Embryotomie, ἐμβρυοτομια, de ἐμβρυον, fœtus, et τομη, section; embryulcie, de ἐμβυρον, fœtus, et de ελκυφυσ, extraction; ces mots ont été employés pour signifier la division du fœtus opérée dans le sein de la mère, afin de pouvoir l'extraire par parties, quand il est impossible de le faire autrement.

L'embryotomie se compose de la perforation de la tête et de la section du tronc du fœtus.

Ces deux opérations ont dû être pratiquées fréquemment dans les temps anciens, avant la découverte de la *version* du fœtus, et devenir de plus en plus rares à mesure que l'art des accouchemens s'est perfectionné.

« Nous n'avons employé les crochets, dit Baudelocque (Art des accouchemens, premier volume, p. 37.), y compris les autres instrumens de la même espèce, que quatre ou cinq fois dans le cours de 35 ans, sans y comprendre le très-petit nombre d'occasions que nous avons eues d'y recourir dans l'hospice de la Maternité, confié à nos soins, qui est celui du monde entier où il se fait le plus d'accouchemens, et où, par conséquent, il doit se présenter le plus de cas difficiles. »

Le relevé de la pratique de cet établissement ne mentionne que 26 opérations de ce genre, que l'on y a exécutées dans l'espace de 16 ans et demi, sur un total de 37,895 accouchemens, ce qui répond à 1 sur 1184.

D'après l'ouvrage de Boër, praticien allemand, on a pratiqué la perforation de la tête un peu plus fréquemment à la maison d'accouchemens de Vienne. Ainsi, du mois de septembre 1789 au même mois 1790, sur 950 accouchemens, il y a eu 3 perforations; de 1790, 1791, 950 accouchemens, 3 perforations. Depuis 1791, 1792, 1,015 accouchemens, 3 perforations. Depuis 1792 jusqu'à 1800 à c'est-à-dire dans l'espace de huit années, il paraîtrait que Boër n'a pas trouvé l'occasion de pratiquer la perforation de la tête; ce que l'on ne peut croire, puisque dans les années postérieures à 1800, il l'a faite chaque année plusieurs fois. Ainsi, depuis 1800 jusqu'à 1802, 2,234 accouchemens se sont opérés à la maison de Vienne; il a pratiqué une fois la perforation; de 1802 à 1804, 2,398, accouchemens, 3 perforations; de 1805 à 1806 inclusivement, 2,034 accouchemens, une perforation.

Donc, dans l'espace de neuf années, 9,581 accouchemens ont eu lieu dans la maison de Vienne, et l'on y a pratiqué treize fois la perforation de la tête, soit la perforation de la voûte du crâne seule, soit ensemble celle de la voûte et celle de la base.

Il faut observer que Boër n'a fait que cette seule opération, la perforation de la tête, tandis qu'en France on a le choix, dans les mêmes cas de déformation du bassin, entre l'opération césarienne, la section de la symphise des pubis et la perforation de la tête.

De la pratique de cet accoucheur, il résulte en général qu'il a fait la perforation de la tête une fois sur 737 accouchemens.

Les cas dans lesquels on doit opérer la division du tronc du fœtus, se présentent bien plus rarement encore.

Les procédés imaginés pour diminuer le volume de la tête du fœtus sont très-nombreux; il n'est peut-être pas d'opération qui ait plus exercé la sagacité des accoucheurs, si l'on en juge par la variété des instrumens inventés pour la faire. Je ne décrirai que les principaux: quant aux autres, on les trouve dans une thèse latine soutenue en 1826 à Carlsruhe, par le docteur Charles Sadler, qui a fait accompagner ce travail de douze planches représentant soixante instrumens aigus et tranchans, tous destinés à perforer la voûte ou la base du crâne.

§ I. DE LA PERFORATION DE LA VOUTE DU CRANE.

La perforation de la voûte du crâne a été appelée aussi excérébration, encéphalotomie.

Le but que l'on se propose dans la perforation de la voûte du crâne, est d'en diminuer le volume : on ne doit donc la pratiquer que dans le cas où le bassin est assez large pour laisser ensuite passer la base du crâne. Mais le fœtus étant mort pendant le travail de l'accouchement, est-il aussi nécessaire que les auteurs le disent, de diminuer le volume de la voûte du crâne? non sans doute; car à la suite d'un travail long et pénible, lorsque la mort du fœtus est devenue évidente, le cuir che-

velu forme une tumeur plus ou moins considérable et plus ou moins molle; les os de la voûte du crâne sont eux-mêmes devenus mous et souples; ils passent les uns sur les autres avec facilité : en un mot toute la voûte du crâne n'offre plus la résistance qu'elle présentait lorsque le fœtus était vivant, ou qu'elle présente encore peu de temps après sa mort.

J'ai assisté à un accouchement opéré par M. Hervez de Chégoin : ce praticien m'avait appelé avec M. Joubert. La tête du fœtus était au détroit abdominal depuis long-temps : elle était enclavée et offrait tous les signes de l'enclavement. On appliqua plusieurs fois de suite le forceps, qui lâcha prise, et dont les cuillers se redressèrent. Enfin on se servit d'un forceps plus fort que le premier, et l'on parvint à entraîner la tête. Le fœtus était mort; les os de la voûte du crâne étaient mous et souples; donc la résistance présentée à l'expulsion du fœtus ne dépendait que du volume de la base du crâne. La femme succomba quelques jours après à une métro-péritonite. Certainement, dans ce cas, il n'aurait pas fallu seulement perforer la voûte du crâne, mais diminuer surtout la largeur de sa base. Ainsi, je nie que la perforation seule de la voûte du crâne soit jamais indispensable; mais je soutiens que, dans le cas où le fœtus est bien évidemment mort, et où l'état du bassin de la mère exige que l'on diminue le volume de la tête du fœtus, la diminution du volume de la base du crâne est seule nécessaire. Donc, lorsqu'on a pratiqué la perforation de la voûte du crâne, si l'expulsion du fœtus s'est faite spontanément, c'est qu'il n'existait qu'une très-légère disproportion entre la tête et le bassin. On admettra la vérité de cette assertion, si l'on se rappelle que la largeur de la suture sagittale est de 2 à 3 lignes; que cette largeur est effacée par la compression que la tête éprouve pendant l'accouchement par l'action de la matrice; en outre, que, le plus souvent, il n'existe que 6 lignes de différence entre la largeur de la voûte du crâne, non comprimée, et celle de la base du crâne, et qu'il est fort rare que cette différence soit de 8 à 9 lignes. Ainsi, on peut dire *à priori* que, quand la tête du fœtus a 3 pouces et demi dans son diamètre bi-pariétal, le diamètre transversal de la base du crâne est, le plus souvent, de 3 pouces, mesuré au niveau des apophyses zygomatiques, et que même il est de 3 pouces 2 à 3 lignes. L'avantage de l'opération qui consiste à faire sortir la matière cérébrale de la cavité du crâne, est donc nul ou presque nul. Ce que je dis résulte tellement de l'observation pratique, que, dans la plupart des cas où, après la perforation de la voûte du crâne, on a abandonné l'expulsion du fœtus aux contractions utérines, on a été obligé de recourir à l'opération qui consiste à diminuer le volume de la base.

Le rapport entre le volume et la voûte du crâne non comprimée et celui de la base du crâne, varie donc de 6 à 9 lignes au plus. La diminution de la voûte du crâne produite par la compression de la matrice, doit être estimée à 3 ou 4 lignes. La base du crâne est, comme on le sait, incompressible : donc l'avantage produit par l'affaissement des os de la voûte du crâne, est évidemment d'en diminuer le volume de 2 à 3 lignes. Or, avec le forceps ordinaire, n'obtiendrait-on pas cette diminution aussi bien qu'avec les ciseaux de Smellie ou tout autre instrument? Le fait que je viens de citer prouve la vérité de cette assertion. Dans ce cas le forceps a rempli l'usage du perforateur : il a affaissé les os de la voûte du crâne; il a même fait mieux, il a opéré l'extraction de la tête; tous les efforts que l'on a exercés pour entraîner celle-ci, luttaient contre la résistance présentée par la base du crâne. Dans ce cas, le bassin était petit et régulier, il pouvait avoir 3 pouces de diamètre.

On doit considérer la perforation de la voûte du crâne suivant la position dans laquelle le fœtus se présente au détroit abdominal; ainsi il faut l'étudier, 1° dans la présentation du fœtus, par l'ovale supérieur de la tête; 2° dans sa présentation, par l'extrémité inférieure du tronc.

1°. *De la perforation de la voûte du crâne, le fœtus présentant l'ovale supérieur au détroit abdominal.*

Procédés opératoires. Quelques auteurs conseillent de pratiquer la perforation de la voûte du crâne lorsque le bassin a depuis 3 pouces jusqu'à 2 pouces et demi; et selon d'autres, au-dessous de 2 pouces, que le fœtus soit vivant ou mort, il est nécessaire de faire l'opération césarienne.

La position de la femme doit être la même que celle qu'on lui fait prendre lorsqu'il s'agit de terminer tout autre accouchement difficile.

Chaque auteur a imaginé un procédé particulier. Ainsi Hippocrate faisait d'abord une ouverture à la tête avec un instrument piquant, il en diminuait ensuite le volume au moyen d'un autre instrument qu'il appelait πιεστρὸν, et qui avait pour effet de comprimer la tête; il faisait enfin l'extraction des esquilles au moyen d'une tenette ou d'un crochet.

Celse employait le crochet aigu.

Albucasis se servait d'un perforateur, puis d'un instrument nommé almisdach, pour extraire la tête après avoir arraché les os qui la composent.

Mauriceau avait inventé un instrument pour perforer la tête : il était formé d'une tige de dix pouces de longueur, monté sur un manche; l'une des extrémités de cette tige se terminait par une surface aplatie et triangulaire. L'auteur appelait lance cet instrument, à cause de sa ressemblance avec l'arme qui porte ce nom. Il l'introduisait dans la matrice, en le dirigeant avec quelques doigts de l'une des mains, en conduisait la pointe sur l'ovale supérieur, soit dans la fontanelle antérieure, soit dans la suture sagittale, puis le faisait pénétrer dans la cavité du crâne. Quand il avait fait au cuir chevelu et aux membranes du cerveau une ouverture suffisante pour l'évacuation de la matière cérébrale, il faisait passer dans cette ouverture un autre instrument qu'il nommait tire-tête, à cause de son usage. Ce tire-tête était composé d'une tige de dix pouces de longueur, de la grosseur du petit doigt, et terminée, à l'une de

ses extrémités, par deux plaques rondes de la largeur d'une pièce de 5 fr., dont l'une supérieure était mobile, et l'autre, immobile, était horizontale. Il introduisait cet instrument, la première pince était placée parallèlement à la tige, tournait ensuite la vis; alors la plaque supérieure se plaçait horizontalement, la plaque inférieure se rapprochait de la supérieure, de sorte que toutes deux serraient les os de la voûte du crâne. Mauriceau exerçait ensuite des tractions sur la tête, pour l'amener en dehors. Cet instrument lui paraissait si bien remplir ses vues, qu'il l'appelait merveilleux.

Peu préférait le crochet aigu à l'instrument que je viens de décrire, parce que selon lui, le tire-tête avait pour effet de tuer le fœtus, tandis que le crochet l'arrachait quelquefois vivant du sein de la mère. A la vérité le fœtus portait ses traces de l'instrument, qui avait été implanté tantôt sur un œil, tantôt dans l'une des oreilles. L'enfant n'avait donc, d'après cet auteur, que l'inconvénient de naître aveugle, sourd, ou avec une autre infirmité.

Smellie avait imaginé, dans le même but, une paire de ciseaux dont les lames étaient tranchantes en dehors. Après avoir saisi la tête du fœtus avec la main gauche, et pris de la droite son instrument dont il avait recouvert la pointe d'une boule de cire, il le glissait sur la face palmaire de la main introduite, le plongeait dans le cuir chevelu, et écartait les anneaux afin que les lames en terminassent l'incision. La matière cérébrale s'écoulait en partie, et l'action de la matrice poussait la tête à travers le bassin. Aujourd'hui on se sert encore de cet instrument. J.-L. Baudelocque et madame Lachapelle le préféraient à tous les autres perforateurs. Quant à ces ciseaux, je crois que leur usage peut être quelquefois dangereux, parce que pendant l'effort qui fait pénétrer leur pointe dans le crâne, celle-ci peut aller plus loin, traverser le trou occipital, et même l'os occipital, perforer de cuir chevelu, et blesser les parties de la femme. Je me serais blessé dans mes expériences, si je n'avais promptement lâché la tête. On lit d'ailleurs dans une monographie sur l'accouchement par l'épaule, par M. Champion, de Bar-le-Duc, qu'un chirurgien des plus habiles, se servant autrefois des ciseaux de Smellie dans un accouchement, en enfonça la pointe dans le sacrum de la mère, à la profondeur d'un pouce et demi.

De quelque manière du reste que l'on ait ouvert la tête du fœtus, que l'on ait pratiqué cette ouverture avec la pointe d'un bistouri, comme quelques-uns le veulent; avec les ciseaux de Smellie, comme la plupart la pratiquent encore, ou bien avec la pointe du crochet aigu qui termine le forceps, ainsi que je l'ai vu faire; le crâne une fois ouvert, avec le doigt indicateur recourbé, ou avec un crochet mousse passé dans sa cavité, on la vide du reste de la matière cérébrale, on y fait des injections suivant le conseil de Boër, et l'on abandonne ensuite l'expulsion du fœtus aux contractions utérines. Mais si le bassin est petit relativement à la base du crâne, ou s'il est déformé à tel point que cette base qui est, comme on sait, incompressible, ne puisse pas être poussée au-dehors sans une longue suite de contractions utérines, que faut-il faire? Faut-il imiter la conduite de Boër et de plusieurs autres, qui veulent que l'on attende que la nature se débarrasse d'elle-même, fondant ce conseil sur le résultat de leur expérience? Faut-il conséquemment attendre la macération du fœtus? Cette macération ne pourrait-elle pas être dangereuse pour la femme (1)? Telles sont les questions que les auteurs ont agitées. Si le bassin est petit et non déformé, s'il a, par exemple, deux pouces trois quarts, il pourra laisser passer une tête du volume ordinaire, quand la perforation de la voûte du crâne aura été pratiquée, les organes génitaux de la femme étant supposés parfaitement sains. Mais si le détroit abdominal est déformé; si de plus le diamètre sacro-pubien n'a que deux pouces et demi, il est certain alors que la perforation de la voûte du crâne ne diminuera point assez le volume de la tête, pour que sa base traverse librement ensuite le bassin. Il est donc des cas où cette opération seule peut convenir, comme aussi il en est d'autres où elle est insuffisante.

Remarques sur cette opération. Il n'est pas toujours aussi facile que les auteurs le disent, d'enfoncer la pointe d'un instrument dans l'une des sutures ou dans l'une des fontanelles, même quand le fœtus présente au détroit abdominal l'ovale supérieur, parce que la tête est poussée d'avant en arrière contre la saillie sacro-vertébrale; l'ovale supérieur est alors situé obliquement au vide du bassin. On ne peut donc pas rencontrer avec autant de promptitude et de facilité qu'on le croirait, d'après les auteurs, ces espaces membraneux. Il faudrait, pour les atteindre, porter l'instrument fort obliquement d'arrière en avant et de bas en haut, à une hauteur assez considérable; aussi dans quelques circonstances où l'on n'a pu faire parvenir jusqu'à ces espaces la pointe de l'instrument, a-t-on été obligé de perforer l'un des pariétaux pour vider la cavité du crâne, ce que prouve la dernière observation du onzième mémoire de madame Lachapelle. Mais est-il plus avantageux, dans un cas aussi difficile, de faire à l'exemple de cette sage-femme la version du fœtus, dans l'intention de l'extraire ensuite avec plus de facilité et de reconnaître s'il est vivant ou mort, pour faire, dans le premier cas, la symphyséotomie, et dans le second, la perforation de la voûte du crâne?

Discutons cette double proposition :

1° La version du fœtus, qu'il soit vivant ou mort, ne se fait pas sans difficulté; elle expose en outre les jours de la femme; car cette opération peut produire l'inflammation de la matrice. La version terminée et le fœtus attiré au niveau du détroit abdominal jusqu'à la tête, non-seulement l'extraction de celle-ci n'est pas plus avancée, mais elle est même rendue plus péni-

(1) Un fait qui s'est passé dernièrement à l'Hôtel-Dieu prouve combien il est dangereux d'attendre la macération du fœtus. Une femme en couches, dans la matrice de laquelle on avait laissé la tête de l'enfant après l'accouchement du tronc, y mourut; à l'ouverture du corps, le fond de la matrice présenta une perforation spontanée.

ble ; car on ne peut plus la perforer que par l'un des point de sa base.

2° La version du fœtus, opérée est-il possible de reconnaître dans la plupart des cas, je ne dis pas positivement, mais seulement d'une manière approximative, si le fœtus est vivant ou mort ? Madame Lachapelle avait-elle oublié qu'il est des cas dans lesquels nous ne savons pas, quoique l'enfant soit déjà né, s'il est vivant ou mort, à moins qu'il ne respire immédiatement après son expulsion ? Conséquemment, que devient le précepte établi par elle de pratiquer la symphyséotomie, si le fœtus étant extrait en partie, c'est-à-dire jusqu'à la tête, est jugé vivant ? Cette sage-femme, qui a pratiqué la perforation de la voûte du crâne, a-t-elle positivement vu des cas où le fœtus était vivant, et des cas où elle aurait pu affirmer qu'il était mort ? A quels signes a-t-elle distingué ces cas l'un de l'autre ? N'a-t-elle pas éprouvé quelquefois la crainte de porter l'instrument sur un enfant vivant qu'elle croyait mort ? car l'interruption de la circulation de la mère au fœtus, à laquelle il est soumis pendant son extraction à travers le bassin, suffit de reste pour exposer son existence, qu'il aurait peut-être conservée, si madame Lachapelle le croyant mort, parce qu'en effet il présentait les signes d'une mort apparente, ne lui avait perforé le crâne.

Si le fœtus est reconnu vivant, continue madame Lachapelle, il faut pratiquer la symphyséotomie ; mais le temps que demanderait l'exécution de cette opération, ne suffirait-il pas pour causer la mort du fœtus, la circulation étant déjà suspendue par la compression que le col de la matrice exerce sur le cordon ombilical ?

Si le fœtus est mort, il faut, dit-elle, pratiquer la perforation de la voûte du crâne ; mais est-elle devenue plus facile cette perforation à laquelle elle a recours enfin ? Elle nous fournit elle-même la preuve du contraire dans son ouvrage ; car on voit, dans la dernière observation de son onzième mémoire, qu'elle fut obligée d'enfoncer, à force de bras, la pointe des ciseaux de Smellie dans le pariétal qui se trouvait derrière la symphyse pubienne : l'habile sage-femme et son neveu M. Dugès, se sont mis tour à tour à l'œuvre dans cet accouchement. A la vérité la femme a survécu ; mais combien d'autres auraient succombé à la suite de pareilles manœuvres !

Il faut encore faire une autre observation relativement au manuel opératoire lui-même. Les accoucheurs qui pratiquent la perforation de la voûte du crâne avec le crochet aigu, font nécessairement plus de mal que les autres, parce qu'ils se proposent, en employant cet instrument dans tous les cas de petitesse ou de déformation du bassin, de vider la cavité du crâne, et d'avoir un point fixe sur les os de la base afin d'opérer sur eux des tractions ; or, comme ils veulent tout d'un coup terminer l'accouchement, suivant leur expression ; qu'ils n'attendent pas, pour tirer sur le crochet, que toute la matière cérébrale soit évacuée hors de la cavité du crâne ; et qu'ils s'efforcent d'arracher la tête, ils doivent, je le répète, faire plus de mal que ceux qui attendent, pendant un certain temps l'effet de la perforation de la voûte du crâne, qu'ils ont d'abord pratiquée avec un autre instrument.

En résumé, dans l'accouchement laborieux où l'ovale supérieur de la tête se présente, au détroit abdominal, et où le fœtus est mort, il ne faut pas faire d'abord la version du fœtus, mais essayer de l'extraire à l'aide du forceps, et si cet instrument est insuffisant, pratiquer la perforation de la voûte du crâne. Cette opération étant terminée, si la diminution du volume de la tête obtenue par l'évacuation de la matière cérébrale est suffisante pour l'expulsion du fœtus, il faut la confier à l'action de la matrice, et surtout ne point imiter la conduite de madame Lachapelle, qui pratiquait encore la version, parce qu'elle regardait comme un grand avantage de pouvoir exécuter des tractions sur la mâchoire inférieure ; aussi quand, après avoir fait la version, elle avait amené la tête au détroit abdominal, cette sage-femme introduisant profondément deux doigts dans la bouche, employait toutes ses forces à tirer sur cette partie ; enfin, quand elle était épuisée de fatigue et réduite à ne plus agir avec ses mains seules, elle conduisait un crochet mousse dans l'une des narines, ou dans un des orbites, et renouvelait ses efforts.

2° *De la perforation de la voûte du crâne, le fœtus présentant l'ovale antérieur de la tête, ou le visage, au détroit abdominal?*

Il doit être bien plus difficile encore de pratiquer la perforation de la voûte du crâne quand le fœtus présente l'ovale antérieur de la tête au détroit abdominal.

Comment alors l'accoucheur pourrait-il atteindre avec les ciseaux de Smellie, ou tout autre instrument, les espaces membraneux qui se trouvent sur l'ovale supérieur ? Enfoncera-t-il la pointe de ces ciseaux dans l'un des orbites ? Mais s'il prend ce parti, il ne lui sera pas possible d'ouvrir l'instrument, et, les os qui constituent le cercle orbitaire ne cédant pas, la matière cérébrale ne s'écoulera point à travers la fente sphénoïdale, en supposant qu'elle soit brisée. L'accoucheur serait donc forcé, s'il ne voulait pas se servir de mon instrument, ou s'il ne l'avait pas sous la main, de faire d'abord la version du fœtus pour pratiquer ensuite la perforation de la voûte du crâne, lorsque la base serait arrivée au niveau du détroit abdominal ; mais l'opération serait-elle par là devenue moins grave, la délivrance de la femme plus facile ?

3° *De la perforation de la voûte du crâne, le fœtus présentant l'extrémité inférieure du tronc au détroit abdominal.*

Que le fœtus présente les fesses, les genoux ou les pieds, au détroit abdominal, le procédé opératoire est le même.

Si le fœtus présente l'extrémité inférieure du tronc au détroit abdominal d'un bassin déformé, l'étendue du diamètre sacro-pubien étant au-dessous de deux pouces trois quarts, il est possible, il arrivera même le

plus souvent, que la plus grande épaisseur de la tête, qui se trouvera plus tard au niveau du détroit abdominal, ne pourra pas en traverser le diamètre antéro-postérieur ; c'est ce que l'on a vu maintes fois. Mais il est aussi des circonstances dans lesquelles la tête pourra franchir ce détroit sans opération, principalement s'il est peu déformé : à plus forte raison pourrait-elle traverser un diamètre de la même étendue si la forme du détroit abdominal était cylindrique, le diamètre-bipariétal de la tête du fœtus étant au-dessous de ses dimensions ordinaires.

Après l'expulsion ou l'extraction du tronc et des extrémités thoraciques, la tête restera donc seule au détroit abdominal.

Mais il s'en faut de beaucoup que la perforation de la voûte du crâne, le fœtus présentant l'extrémité pelvienne au-dessus d'un bassin déformé dont le diamètre antéro-postérieur a la même étendue que ci-dessus, soit aussi facile à pratiquer que quand le fœtus présente l'ovale supérieur de la tête au détroit abdominal.

Quand il s'agit de perforer la voûte du crâne, l'ovale supérieur de la tête se présentant au détroit abdominal, on peut enfoncer le plus souvent avec facilité l'instrument dans l'un des espaces membraneux ; mais dans l'accouchement où le fœtus présente au détroit abdominal l'extrémité inférieure du tronc, il n'en est pas de même. Lorsque le tronc étant expulsé, la tête arrive au niveau de ce détroit, alors la base du crâne se présente, c'est elle qu'il faut perforer. Les auteurs donnent bien le conseil de porter l'instrument sur la suture frontale, ou sur l'une des fontanelles latérales et postérieures de la tête, mais comment les sentir et les reconnaître? L'accoucheur est réduit le plus souvent à essayer de perforer les espaces membraneux de l'ovale supérieur, ou les os même de la voûte du crâne, ne pouvant vaincre la résistance de ceux qui en constituent la base ; mais alors l'instrument ne pouvant atteindre ces espaces membraneux, ni pénétrer dans les os de la voûte du crâne, glisse sur eux et peut percer le vagin et d'autres viscères : combien de fois ces accidens ne sont-ils pas arrivés ?

§ II. *De la perforation de la base du crâne.*

La perforation de la base du crâne, encore appelée céphalotomie, se pratique dans deux circonstances : lorsque la perforation de la voûte du crâne n'a point assez diminué le volume de la tête, soit que le fœtus ait présenté la tête, soit qu'il ait présenté l'extrémité inférieure du tronc au détroit abdominal. Si, plusieurs heures après que la perforation de la voûte du crâne a été pratiquée, la matrice n'a pas poussé le fœtus dans la cavité pelvienne, le diamètre sacro-pubien étant de 2 pouces et demi et même au-dessus, il est nécessaire de pratiquer la perforation de la base du crâne. Dans les temps les plus anciens, quelques accoucheurs se servaient de longues pinces propres à briser les os ; de nos jours, la plupart mettent encore en usage le crochet aigu qui se trouve sous la lentille du forceps ordinaire ; quelques-uns même pratiquent à la fois avec cet instrument la perforation de la voûte et celle de la base du crâne.

L'accoucheur ayant saisi la tête du fœtus avec la main gauche, les quatre derniers doigts placés sur l'un de ses côtés, et le pouce sur le côté opposé, prend de la main droite le crochet, et le conduit dans les parties de la femme, le long de la face palmaire de la main gauche, jusqu'à ce que sa pointe soit arrivée au-dessus de la tête. Alors il la dirige vers celle-ci, et cherche à l'y fixer. Lorsqu'il pense que le crochet est solidement implanté sur les os de la base du crâne, il exerce des tractions ; mais bientôt l'instrument est attiré au-dehors, soit que la tête vacille sur le détroit abdominal, soit que la pointe ne s'enfonce pas dans les os de la base du crâne. Il peut donc arriver qu'avant d'avoir terminé le brisement de la base du crâne, il ait été obligé de réintroduire le crochet un très-grand nombre de fois dans les parties de la femme. Quant au conseil que donnent les auteurs de fixer la tête avec l'une des mains, Boër le tourne en ridicule, en s'écriant : « Quel bizarre désir, que celui de vouloir s'implanter un crochet dans les mains ! » En effet, il est presque impossible de pratiquer cette opération sans se blesser soi-même.

J'ai vu cet accident arriver à un accoucheur, lorsqu'il pratiquait la perforation de la tête, et j'ai entendu dire que Mme Lachapelle avait toujours quelques déchirures aux doigts à la suite de cette opération. Si donc l'accoucheur ne peut manquer de se déchirer les doigts, n'est-on pas en droit de soupçonner qu'il peut aussi bien lacérer les parties de la femme? Il n'y a donc dans cette opération ni sûreté pour l'accoucheur, ni sûreté pour la femme. A la vérité, on alléguera que la conduite de l'accoucheur est dictée par la prudence, puisqu'il a la générosité de s'exposer à des blessures pour en préserver la femme ; mais cette précaution même prouve que le procédé qu'il met en usage est extrêmement dangereux : c'est ce dont on peut se convaincre, du reste, en lisant le résultat des opérations de ce genre qui ont été pratiquées à la maison d'accouchement de Paris.

Beaucoup d'accoucheurs ont déjà signalé les dangers des instrumens aigus : en France, Levret et Coutouly, en Angleterre, Smellie, les avaient reconnus, et tous trois avaient cherché à corriger le crochet dont ils se servaient. Levret imagina une gaîne qui devait en recevoir la pointe dès qu'elle lâcherait prise ; cette gaîne était fixée à la tige du crochet, et remplaçait les doigts que l'accoucheur met au-devant de sa pointe. Convaincu plus tard de l'inutilité de cette correction, l'auteur l'abandonna. Coutouly avait fait confectionner un forceps dont les branches s'enlevaient à volonté, et pouvaient être remplacées par d'autres terminées par des crochets aigus ; enfin Smellie avait eu l'idée de réunir deux crochets aigus à la manière des branches du forceps dont il se servait.

Burton avait également imaginé un instrument propre à vider la cavité du crâne et à extraire la tête ; il l'appelait extracteur. On peut voir les planches qui

représentent cet instrument dans l'ouvrage de cet accoucheur.

De nos jours, M. Davis, accoucheur anglais, ayant sans doute l'intention de rendre l'exécution de l'opération plus rapide, a fait faire un crochet aigu solide qui se termine par trois dents recourbées.

Boër, accoucheur de la maison d'accouchement de Vienne, a fait exécuter un instrument semblable aux tenettes dont on se sert pour extraire la pierre de la vessie, et dont les cuillers sont garnies de trois pointes. Cet instrument lui sert à l'extraction des os de la tête; mais quoique très-bon, suivant cet auteur, il doit cependant avoir pour inconvénient de nécessiter de fréquentes introductions dans les parties génitales, avant d'avoir extrait les os de la base du crâne, et suffisamment diminué son volume.

Dans ces derniers temps, M. Dugès a proposé un instrument ingénieux, propre à briser en éclats et tout d'un coup la base du crâne : c'est une espèce de vis ou tire-fond dont la tige, montée sur un manche, est de dix pouces de longueur, et terminée par divers pas dont la hauteur totale est d'un pouce et demi; la largeur du pas de vis qui correspond à la tige est d'un pouce et demi; celle des autres diminue successivement. L'auteur a fait sur le cadavre des expériences qui l'ont confirmé dans l'opinion avantageuse qu'il s'est faite de son instrument. Comme on le voit, il a conçu l'idée de calculer la hauteur de l'instrument sur celle de la base du crâne; néanmoins j'en crois l'usage dangereux, puisqu'on pourrait en porter l'extrémité sur un point de la base du crâne autre que le sphénoïde, os qu'il faut surtout faire éclater, puisqu'il en forme le coin ou le lieu de jonction; on pourrait le porter, par exemple, sur l'os occipital, ou même dans le grand trou de cet os; et sa pointe irait alors percer le cuir chevelu du fœtus et les parties de la femme.

De toutes ces considérations, il résulte que je suis fondé à rejeter tous les instrumens aigus et tranchans qui agissent soit en dehors de la base du crâne, soit en dedans de la voûte du crâne, parce qu'ils nécessitent de fréquentes introductions dans les parties génitales de la femme, avant que le volume de la tête soit suffisamment diminué, et qu'ils produisent l'inflammation de ces parties, sinon de plus fâcheux résultats, comme le prouve le relevé de la pratique de la maison d'accouchement.

LISTE DES FEMMES QUI ONT SUBI LA PERFORATION DE LA TÊTE DE LEUR ENFANT A LA MAISON D'ACCOUCHEMENT DE PARIS, et dont Mme Lachapelle parle dans son onzième mémoire.

Il ne sera question que de celles qui ont été opérées soit par J.-L. Baudelocque, soit par M. Antoine Dubois, ou par madame Lachapelle. Sur un total de vingt-une opérations, dont quelques-unes sur les mêmes femmes, sept furent suivies de mort, et onze seulement d'une guérison complète au sortir de l'hôpital.

La déformation du bassin variait depuis trois pouces jusqu'à dix-neuf lignes. Ainsi il y avait :

2 Bassins dont l'étendue n'est point assignée.
2 — de trois pouces.
1 — de deux pouces trois quarts.
5 — de deux pouces et demi.
3 — de deux pouces un quart.
1 — de deux pouces.
1 — de dix-neuf lignes.

Voici l'analyse exacte de toutes ces observations :

N° X. Fel. A... — Bassin de deux pouces et un quart; perforation de la voûte du crâne; ablation du pariétal droit; version facile; la tête seule résiste, et ne peut être entraînée qu'à l'aide d'un crochet aigu implanté dans l'occipital; manœuvres durant quatre heures; enfant de cinq à six livres; femme morte de péritonite trois jours après.

N° XII. Franç. Paus... — Bassin de deux pouces un quart; perforation du crâne; version; enfant de quatre livres.

Dans un second accouchement, la même femme subit la symphyséotomie.

N° XVI. 1. Vict. Hen... — Bassin petit; perforation de la voûte du crâne; version impossible, à cause du resserrement de la matrice; crochet aigu sans succès; la tête s'engage à peine dans le détroit abdominal. Le lendemain, nouvelles tentatives sans résultat, tant de la part de madame Lachapelle que de celle de mon oncle. La femme s'affaiblit et meurt cinq jours après le commencement du travail.

2 Mart... — Bassin extrêmement irrégulier, femme en travail depuis quatre jours et dans un mauvais état quand elle entre à la maison d'accouchement; rupture des membranes depuis deux jours; tête dans l'excavation; perforation de la voûte du crâne; la femme meurt.

N° XVII. 1. Thér. Mach... — Bassin de deux pouces trois quarts; pneumonie pendant la grossesse; perforation de la voûte du crâne; expulsion naturelle du fœtus dix minutes après; enfant de six livres; la femme meurt de pneumonie le septième jour.

2. Joséphine Grij... — Bassin de deux pouces et demi. Tentatives inutiles faites en ville, vingt-quatre heures après le commencement du travail, pour opérer l'accouchement, et six heures après, arrivée de cette femme à la maison d'accouchement. Perforation de la voûte du crâne; expulsion prompte d'un enfant de quatre livres; femme guérie après une fièvre inflammatoire fort légère.

N° XVIII. 1. C. Desh. — Bassin de trois pouces; forceps inutile; nouvelle application de cet instrument encore inutile; perforation de la voûte du crâne; introduction d'un crochet mousse dans l'ouverture du crâne, qui n'offre pas une prise suffisante, puis introduction d'un crochet aigu; dès lors extraction facile; enfant de cinq livres et demie; la femme meurt de péritonite deux jours après.

2. Ant. Bour... — Bassin de deux pouces et demie;

perforation de la voûte du crâne; version; enfant de sept livres.

La même, à un troisième accouchement : perforation de la voûte du crâne; extraction de plusieurs os; repos d'une heure; crochet aigu; enfant de six livres trois quarts.

La même, à un quatrième accouchement : version du fœtus impossible; perforation de la voûte du crâne à l'aide d'un crochet aigu fixé sur la partie postérieure du pariétal droit; ce crochet emporte une partie du crâne, qui se vide; le crochet est replacé; application de la branche du forceps sur le pariétal gauche, en devant, et à gauche du bassin; enfant de sept livres. Le travail avait duré quinze heures; femme guérie.

N° XIX... L. Franç... — Bassin de deux pouces un quart; application du crochet aigu; celui-ci est fixé sur l'occipital. Les ciseaux de Smellie ouvrent la fontanelle postérieure; l'occipital et les pariétaux sont déchirés sans avantage par le crochet aigu; enfant de cinq livres.

La même, à un second accouchement, subit la perforation de la voûte du crâne. Nul autre renseignement.

La même, à un troisième accouchement : présentation des pieds, de l'une des mains et du cordon ombilical; perforation de la voûte du crâne; enfant de six livres; elle meurt de péritonite quelques jours après.

3. Victoire Boul... — Bassin de deux pouces et demi; perforation de la voûte du crâne; arrachement des os du crâne; version inutile. (Ces deux opérations ont été faites en ville.) Arrivée de la femme à la maison d'accouchement; bains, injections; version difficile; enfant de trois livres; femme guérie.

4. Franç. Surc... — Bassin de deux pouces et demi; version; perforation de la voûte du crâne; extraction facile; enfant de volume ordinaire; femme guérie.

5. Mad. Gent... — Bassin de dix-neuf lignes; présentation des pieds; adduction des membres abdominaux; perforation de la voûte et de la base du crâne; enfant de volume ordinaire; morte d'épuisement le même jour.

6. Cath. Bott... — Bassin de deux pouces et demi; perforation de la voûte du crâne; version; enfant de cinq livres; la femme est prise de gastro-entérite, non guérie lors du départ.

7. Dup... — Arrivée à la maison d'accouchement après trois jours de travail et diverses tentatives de version et d'application du forceps; bassin de trois pouces; nouvelles tentatives d'application du forceps également inutiles; version impossible; perforation de la voûte du crâne; application d'un crochet qui déchire le crâne; version pénible, mais terminée; enfant de quatre livres; le travail avait duré quatre-vingt-seize heures; femme guérie.

N° XX. — Bassin estimé à deux pouces au plus; accouchée pour la première fois le 26 mai 1818; version; perforation de la voûte du crâne et application du crochet aigu.

La même, le 22 mai 1831, arrivée à terme et souffrant depuis trois jours : perforation de la voûte du crâne; crochet aigu pour briser la base du crâne; crochet mousse dans la bouche; manœuvres durant sept quarts d'heure; femme guérie.

Remarques sur ces opérations. Dans le récit de ces opérations, il est dit que les femmes sont mortes d'inflammation; il n'y est pas question de l'arrachement des organes génitaux, ce qui semblerait contre-dire l'opinion de J.-L. Baudelocque au sujet des accidens qui accompagnent l'usage des crochets aigus. Quant aux enfans dont on a perforé le crâne, deux seulement présentaient des signes de macération : cette remarque est importante.

De l'analyse précédente il résulte que presque toutes les femmes ont subi la version du fœtus, soit avant, soit après la perforation de la voûte du crâne; que chez quelques-unes il a été nécessaire d'appliquer un crochet sur la tête après l'avoir vidée, et qu'une ou deux d'entre elles seulement sont accouchées spontanément après la perforation de la voûte du crâne.

En conséquence la durée de ces opérations a dû être fort longue, et il est à regretter que Mme Lachapelle ne l'ait pas indiquée dans toutes ses observations. Cependant on y remarque qu'il a fallu au moins trois quarts d'heure pour terminer l'accouchement d'une femme dont elle parle dans son huitième mémoire, page 181; elle annonce qu'il a fallu sept quarts d'heure pour terminer l'accouchement de celle qui fait le sujet du n° XX de son onzième mémoire; que les manœuvres ont duré quatre heures chez la femme dont il y est parlé au n° X; enfin, que chez celle dont il est question au n° XVI, et qui fut aidée tour à tour par elle et par mon oncle, on a fait la perforation du crâne, essayé la version du fœtus, qui fut impossible à cause du resserrement de la matrice, puis l'application, sans succès, d'un crochet aigu; que le lendemain on fit de nouvelles tentatives également inutiles, et que le surlendemain la femme s'affaiblit et mourut sans avoir été débarrassée.

En étudiant ces observations, on ne peut se défendre d'étonnement en voyant la mortalité des femmes être si peu considérable relativement au nombre des opérations qu'elles ont subies, à la force qui a dû être employée pour les terminer, et à leur durée. Les femmes qui ont survécu doivent donc se féliciter d'avoir eu l'assistance de personnes aussi habiles que celles-là.

Quant aux femmes qui ont succombé à la maison d'accouchement de Vienne, il est impossible d'en indiquer le nombre d'après l'ouvrage même de Boër; seulement l'on doit supposer qu'il a été peu considérable, parce qu'après avoir pratiqué la perforation de la voûte du crâne, tantôt cet accoucheur abandonnait l'expulsion de la tête aux contractions de la matrice, tantôt il en faisait l'extraction, sans doute suivant l'état du bassin; d'ailleurs, pour exécuter la perforation de la voûte du crâne, il se servait d'une longue pince avec laquelle il en arrachait les os; et en conséquence cet instrument n'avait d'autre inconvénient fâcheux que son introduction fréquente dans les parties de la femme.

Obs. J'ai assisté à l'ouverture du cadavre d'une femme, morte en 1828, dont le bassin n'avait que deux pouces un quart d'avant en arrière au détroit abdominal, et chez laquelle on avait pratiqué avec le crochet aigu la perforation de la tête du fœtus. J'ai vu le vagin criblé

de perforations et le périoste du pubis gauche décollé et arraché. Ce fut en vain que l'on chercha la vessie et le canal de l'urètre. Enfin, en dépouillant plus tard le bassin de ses parties molles, j'y reconnus deux fractures. L'une de ces fractures occupait le bord antérieur du corps du pubis gauche et prouvait clairement que le crochet avait quitté le lieu de la tête sur lequel il était fixé et qu'il avait tourné sur son axe entre les mains de l'opérateur; l'autre sillonnait, dans toute sa longueur, la face interne du corps du pubis gauche, qui était brisé en totalité: ce qui expliquait l'arrachement de la vessie, du canal de l'urètre et du périoste.

Cette opération ayant été faite par un accoucheur habile, j'en ai conclu que les dangers du crochet aigu sont inévitables entre les mains même les plus exercées.

Obs. Un autre fait à peu près semblable au précédent est arrivé à ma connaissance il y a quelques années. Chez une femme en travail, on crut nécessaire d'appliquer le forceps, parce que l'accouchement n'avançait pas; on ne pût entraîner la tête. Alors on recourut à l'usage du crochet aigu; la femme fut délivrée; mais quinze jours après environ, elle succomba. A l'ouverture du corps, on trouva le vagin perforé; l'une des perforations avait entamé la paroi recto-vaginale; car des matières fécales étaient dans le vagin. Dans ce cas, le bassin était petit, n'ayant que trois pouces un quart au diamètre sacro-pubien; du reste, assez régulier.

En résumé, le crochet aigu n'a pas pour effet de diminuer immédiatement le volume de la tête; ce n'est qu'en ajoutant de grandes forces à cet instrument qu'il peut briser la base du crâne. La plupart des accoucheurs avouent d'ailleurs qu'il produit les lésions les plus graves dans les parties de la femme: voici ce que dit J.-L. Baudelocque à cet égard. (Mémoire sur l'opération césarienne, vendémiaire an VII, pag. 33.)

« Que ne doit-on pas craindre, pour la femme, de » l'usage du crochet aigu, conduit profondément sans » guide et comme au hasard? Sera-t-on assuré d'en » implanter constamment la pointe sur la tête du fœtus, » et lorsqu'elle s'en écartera, de la détourner des parties » de la mère, qui l'enveloppent si étroitement?... Il ne » serait pas difficile de prouver qu'il est mort plus de » femmes à la suite de l'application des crochets que » de l'opération césarienne, si l'on avait formé un re- » cueil de toutes celles qu'on a délivrées ou tenté de » délivrer au moyen des crochets, comme on l'a fait à » l'égard des femmes qui ont été soumises à l'opération » césarienne. Nous avons constamment observé des con- » tusions et des déchirures à la matrice, à la vessie, au » vagin, au rectum et à d'autres parties circonvoisines, » à l'ouverture du cadavre de celles qui étaient mortes » à la suite d'un pareil accouchement, le cas paraissant » bien plus favorable à l'application des crochets, » puisque le bassin était au-dessus de deux pouces de » diamètre. »

M. Dugès, qui a vu pratiquer la perforation de la tête à la Maison d'accouchement de Paris, et qui a quelquefois servi d'aide dans ces opérations, a publié ce qui suit dans son Manuel d'Accouchemens:

« Quelquefois, quoique le crochet soit convenable- » ment appliqué, il arrache par lambeaux le crâne du » fœtus; l'extraction devient alors une véritable bou- » cherie. Malheureusement il faut quelquefois en venir » là, quand la difformité est excessive, et le fœtus cer- » tainement mort. On applique l'instrument où l'on » peut, et l'on tire ce que l'on peut atteindre, etc. »

Conclusions relatives à la perforation de la tête. — La perforation de la voûte du crâne étant faite, elle peut être insuffisante pour la terminaison de l'accouchement, si elle a été pratiquée dans un cas de difformité du bassin telle, que la matrice ne puisse pas expulser ensuite le fœtus; mais elle convient lorsque le bassin a des dimensions à peu près ordinaires.

Quand le fœtus présente l'ovale supérieur de la tête au détroit abdominal, il n'est jamais nécessaire de faire la version avant d'avoir pratiqué la perforation de la voûte du crâne; ce procédé, ordinairement suivi, est dangereux pour la femme. Si, après la perforation de la voûte du crâne, l'on a cru le plus souvent qu'il était indispensable de retourner le fœtus pour l'extraire aussitôt, c'est que l'on avait irrité et peut-être même déjà enflammé la matrice par l'introduction réitérée des mains et des instrumens dans la cavité de cet organe; ce que je dis est si vrai, que plusieurs des femmes, dont madame Lachapelle a rapporté l'histoire, sont accouchées spontanément après la perforation de la voûte du crâne, quand l'état du bassin n'avait exigé pour la terminaison de l'accouchement qu'une diminution très-légère de la part de la tête du fœtus. En général, ces femmes avaient un bassin de trois pouces de largeur.

Enfin la version du fœtus n'est pas moins dangereuse pour la femme et n'est pas moins inutile après la perforation de la base du crâne: j'ai vu un accoucheur forcé d'y avoir recours, après avoir pratiqué la perforation de la tête; il avait annoncé aux témoins de son opération qu'il craignait d'être obligé d'abandonner la femme, sans l'avoir délivrée, parce qu'il ne pouvait pas arracher la tête avec le crochet; il fit la version, mais elle fut des plus pénibles à cause de la contraction violente de la matrice.

La perforation de la voûte du crâne est peu dangereuse pour la femme lorsqu'on la pratique avec un perce-crâne ou un bistouri; mais il n'en n'est pas de même quand on la fait avec un crochet aigu, quelle que soit, du reste, l'espèce de conformation du bassin.

Lorsqu'à la perforation de la voûte du crâne il faut joindre celle de la base, l'opération devient excessivement grave, parce qu'il est presque impossible que le crochet aigu, après avoir été fixé sur les os de la tête, ne lâche prise et ne déchire les parties de la mère.

Donc la perforation de la tête est des plus graves pour la femme; elle est loin d'être sans danger pour l'accoucheur, puisque, le plus souvent, il se déchire les doigts avec la pointe de l'instrument dont il se sert pour la pratiquer.

—

N° DU 8.

ACCOUCHEMENS.

—

MÉMOIRE SUR LES MOYENS DE DIMINUER LA TÊTE DU FOETUS, dans les cas de forte déformation du bassin, et principalement sur le broiement; par M. BAUDELOCQUE neveu, professeur d'accouchemens. (2me et dernier article.)

DEUXIÈME PARTIE. — DU BROIEMENT DE LA TÊTE DU FOETUS.

En traitant de la perforation de la tête, j'ai dit d'abord que le cas qui la réclame est extrêmement rare; mais de ce que l'occasion de la faire n'est pas fréquente, aurait-il été raisonnable d'en conclure qu'il était inutile de s'occuper de la perfectionner? La moitié des femmes ayant succombé aux suites de cette opération, l'humanité permettait-elle qu'on négligeât de chercher un moyen propre à les conserver toutes? Quant au tronc du fœtus, toutes les fois que son axe est pareil à celui du détroit abdominal, il est inutile de le diviser par portions, à moins que la déformation du bassin ne soit extrême; c'est la tête du fœtus qui peut seule apporter obstacle à son expulsion; conséquemment c'est sur elle que doit se fixer notre attention tout entiere.

J'ai prouvé aussi que la perforation de la voûte du crâne ne produit que très-peu de diminution dans le volume de la tête; que ce volume dépendant presque entièrement de la base qui est sa partie résistante, il est le plus souvent nécessaire d'en pratiquer le broiement : la pratique prouve cette vérité.

Le broiement ou l'écrasement de la tête se pratique avec un instrument que j'ai imaginé, et auquel on peut donner le nom de céphalotribe (κεφαλη, tête, τριβω, je broie), à cause de l'effet qu'il produit.

Cet instrument qui est un forceps particulier, se compose de deux branches auxquelles s'ajoute une manivelle. Des deux branches, l'une s'appelle droite, et l'autre gauche. Il faut distinguer dans chacune d'elles la cuiller et son manche; dans la branche droite, l'axe, dans la gauche, l'échancrure qui reçoit l'axe.

La manivelle se compose de la vis, du levier qui la fait mouvoir et de sa poignée.

Le poids total de l'instrument est de quatre livres au plus.

La longueur de chacune des branches est de 21 pouces.

La longueur des cuillers, mesurée depuis l'axe, est de 10 pouces : elles n'ont pas d'ouverture; leur largeur est de 16 lignes; leur épaisseur, prise à leur partie moyenne, est de 3 à 4 lignes

La courbure de leurs bords (courbure nouvelle) est de 3 pouces un quart, mesurée d'un plan horizontal à leurs bords inférieurs.

La courbure de la face de chacune d'elles (courbure ancienne), est de six lignes; ainsi, lorsque les deux branches sont croisées et réunies, l'intervalle qui sépare les bords supérieurs et inférieurs des cuillers est d'un pouce; et l'épaisseur totale des cuillers, prise du milieu de la surface externe de l'une d'elles au même point de l'autre, est de 21 lignes.

La longueur des manches est de 11 pouces; leur largeur est de 10 lignes, et l'épaisseur de 3 lignes.

L'axe ou pivot supporté par la branche droite, est placé entre la cuiller et son manche; son épaisseur est de 4 lignes.

La jonction des branches est semblable à celle des branches du forceps de Smellie; seulement elle est en-dessous au lieu d'être en-dessus, et se trouve à la branche droite au lieu d'être à la branche gauche. J'ai fait ce changement parce que quand la jonction se trouvait à la branche gauche, elle gênait dans l'introduction de la branche droite.

La longueur de la vis est de 8 pouces et demi.

La longueur de la poignée du levier est de 4 pouces, comme celle de la poignée du manche.

L'instrument doit avoir été trempé, afin que l'acier ait acquis beaucoup de raideur et de résistance.

Comme quelque coutelier pourrait, par un amour-propre mal entendu, ou par l'appât du gain, diminuer encore le poids de cet instrument, je dois prévenir les praticiens que ce poids n'est pas trop considérable, vu la résistance de la tête du fœtus.

Pour lui donner la solidité nécessaire et agir avec promptitude, sans déployer aucun effort musculaire, j'ai conçu l'idée d'employer une vis à trois filets, parce qu'ainsi le pas de chaque hélice est assez grand, et que la pression sur chaque élément de la vis est réduite au tiers. En ayant égard à la longueur du levier qui mène la vis, au pas de celle-ci et aux distances qui séparent de l'axe de l'instrument les points d'application de la puissance et de la résistance, on trouve que le rapport approximatif de la puissance à la résistance est comme 1 : 165.

Cet instrument s'applique sur la tête du fœtus avec les précautions recommandées pour l'usage du forceps; seulement il faut avoir le soin de plonger les cuillers dans les parties de la femme un peu plus profondément que quand on applique le forceps ordinaire au-dessus du détroit abdominal, afin qu'elles saisissent parfaitement la tête suivant toute la longueur de son axe. Sans cette précaution, la base du crâne pourrait ne pas être totalement broyée, et dans certains cas de difformité extrême du bassin, on serait peut-être obligé de desserrer la vis et de retirer les cuillers pour les plonger de nouveau un peu plus profondément. Les deux cuillers étant introduites, un aide placé au côté gauche de l'opérateur prend, de la main droite, les deux branches, les rapproche l'une de l'autre, et les soutient, tandis que l'opérateur introduit la vis dans les trous qui traversent les branches, et tourne la poignée de la manivelle. Pendant la rotation de la vis la tête est comprimée avec une telle force que la matière cérébrale s'échappe par le cuir chevelu qui se déchire, et s'écoule

hors des parties de la femme; les os qui constituent la base du crâne sortent de leur ligne de direction, et anticipent les uns sur les autres, sans former aucune esquille. La tête étant ainsi écrasée, on extrait ensuite le fœtus comme si on agissait avec le forceps ordinaire.

Quand la tête a été bien saisie par le céphalotribe, et par conséquent la base du crâne parfaitement broyée, si l'on mesure, immédiatement après son extraction, l'intervalle qui existe entre la surface externe de l'une des cuillers et celle de l'autre à leur partie moyenne, on trouve que cet intervalle est de 23 à 24 lignes, parce que les cuillers ont cédé chacune d'une ligne environ à cause de leur élasticité pendant la pression qu'elles ont exercée sur la tête. Ainsi, cet instrument a pour effet de réduire l'épaisseur de la tête, qui est souvent de trois pouces et demi, à celle d'un pouce.

Les circonstances dans lesquelles on se sert du céphalotribe sont absolument les mêmes que celles dans lesquelles on pratique la perforation de la tête; ainsi des quinze femmes dont il a été parlé plus haut, cet instrument, s'il avait été inventé plus tôt, aurait pu en délivrer quatorze et les conserver; mais probablement il n'aurait pas pu être utile à celle dont le bassin n'avait que 19 lignes. Quant à l'usage de cet instrument, on l'introduit toujours par le diamètre du détroit resserré qui offre le plus de largeur.

Voici plusieurs observations qui montrent tout le parti qu'on peut tirer de cet instrument.

Ovale supérieur de la tête en première position; broiement; femme guérie.

Obs. I. Le 5 février 1829. A., âgée de 21 ans, d'une petite taille, d'une constitution scrophuleuse, ayant la partie inférieure de la colonne vertébrale portée en avant, ressentit les douleurs de l'enfantement. A 9 heures du soir, rupture des membranes, écoulement d'une grande quantité d'eau; col utérin peu ouvert. Pendant la nuit les douleurs devinrent moins fréquentes.

Le 7 au matin, douleur aiguë à l'hypocondre droit; col utérin un peu plus ouvert, mais épais; présentation de l'ovale supérieur de la tête du fœtus au détroit abdominal; écoulement du méconium. (Saignée, bain, lavement, fumigations vers la vulve.) Appelé à ce moment du travail, je prescris une saignée et un bain. Je reconnais que le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal n'a que 2 pouces 8 à 9 lignes; que la forme de ce détroit est régulière; que l'orifice utérin a 18 ou 20 lignes de diamètre, et encore plusieurs lignes d'épaisseur; que le cuir chevelu présente une tumeur résistante, et que l'écoulement qui se fait par la vulve est très-fétide.

Le lendemain 8 abdomen tendu, ballonné, sensible; fièvre. (Saignée et bain.) Je réunis en consultation MM. Désormeaux et Paul Dubois. Alors l'ouverture du col utérin était de deux pouces transversalement; il avait encore quelques lignes d'épaisseur; la tumeur formée par le cuir chevelu était encore résistante, l'un des pariétaux faisait saillie dans le détroit abdominal. Nous pensâmes tous que le fœtus était mort, à cause de l'évacuation du méconium, de la longueur du travail, et à cause de la compression qu'il éprouvait depuis si long-temps; et qu'on ne pourrait terminer l'accouchement, si l'application du forceps ne suffisait pas, qu'en diminuant le volume de la tête. Vers le soir, point de changement dans la circonstance du col utérin, ni dans le degré de son ouverture. Je n'opérai pas.

Le 9 au matin, les parties molles n'étaient ni plus souples, ni plus dilatables; pendant la journée le travail reprit; les contractions utérines redevinrent fréquentes. Le soir, la femme prit un bain d'une heure et demie. A huit heures, peau chaude, pouls fort, abdomen tendu, mais moins sensible que la veille; col utérin plus souple, plus dilatable, sans être plus ouvert. La péritonite avait été apaisée par le traitement antiphlogistique; mais la métrite existait encore, et les douleurs recommençaient à s'éloigner les unes des autres. Il s'était écoulé 75 heures depuis le commencement du travail, et 73 depuis la rupture des membranes: l'état de la femme était redevenu extrêmement grave.

Sans perdre de temps à essayer le forceps, dont je crus l'application non moins dangereuse qu'inutile, je fis le broiement de la tête. La femme eut si peu conscience de cette opération, qu'elle témoigna de l'étonnement lorsque je cessai de tourner la vis de l'instrument; le périnée n'offrit pas la moindre déchirure après l'accouchement; le fœtus, qui commençait à se putréfier, pesait 6 livres. La délivrance se fit naturellement une heure environ après l'accouchement. Les symptômes de la métrite se manifestèrent de nouveau, et les lochies se supprimèrent. La malade fut traitée convenablement. Les lochies reparurent le 11; elle entra en convalescence le 16, et fut tout-à-fait rendue à la santé vers la fin de février. MM. Evrat neveu, Delestre et Mem Boudet, sage-femme, ont été témoins de cette opération.

Ovale supérieur de la tête en première position; diverses tentatives de version et d'application du forceps; broiement; femme guérie.

Obs. II. — Le 18 novembre 1830, je fus appelé, vers trois heures de l'après-midi, auprès de Mme M... Cette femme, âgée de 40 ans environ, avait le bassin régulier, de deux pouces trois quarts; elle était accouchée déjà, huit ans auparavant, d'une fille qui, en venant au monde, était d'un poids au-dessus de l'ordinaire, et qui avait été extraite à l'aide du forceps, après un travail très-long. Aussi l'accoucheur de cette dame l'avait-il engagée à ne plus faire d'enfant.

Devenue veuve, elle s'était mariée en secondes noces à un jeune homme robuste; aussi son second enfant fut-il très-gros.

Cette femme était en travail depuis 19 heures; l'eau de l'amnios s'était écoulée la veille. Depuis trois heures environ on faisait des tentatives pour l'accoucher, tant à l'aide du forceps qu'on avait appliqué plusieurs fois, que de la version, que l'on venait de regarder comme impossible. La mort du fœtus étant évidente par l'ab-

sence des pulsations dans le cordon ombilical qui était au dehors, et l'impossibilité de l'accouchement étant reconnue par les médecins qui étaient présens, je broyai avec mon instrument la tête située en première position, au-dessous du détroit abdominal. L'enfant fut extrait promptement; il était du poids de huit livres et demie. Il n y eut pas de déchirure au périnée.

Après l'accouchement, cette femme fut prise d'une métrite sur-aiguë qui fut combattue pendant les 36 premières heures par sept larges saignées; 48 heures après les symptômes inflammatoires étaient apaisés; mais cette femme présenta les signes de la fièvre typhoïde; il se forma une escarre au sacrum; les lochies prirent une odeur gangréneuse très-prononcée; il y eut écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales.

Le sixième jour, une escarre de la largeur d'une pièce de 20 fr. se détacha du vagin ou de la matrice, et fut trouvée dans les urines; le quinzième jour il s'en détacha une autre beaucoup plus large que la première. Vers la fin de la troisième semaine, l'état de cette femme commença à s'améliorer. A cette époque, quelques injections d'une solution de chlorure de chaux dans l'intérieur du vagin et de la matrice, firent disparaître en peu de jours l'odeur gangréneuse des lochies; la membrane muqueuse du vagin, qui était livide, devint d'une couleur rosée, et la fièvre cessa. La convalescence, qui commença vers le trentième jour après l'accouchement, ne présenta rien de remarquable, si ce n'est une extrême faiblesse; mais quelques mois après cette femme avait repris de l'embonpoint, et ses règles reparurent pour la première fois six mois après l'accouchement. MM. Boné, Lamouroux, Rey et Lagneau ont été témoins de cette opération.

Ovale supérieur de la tête en première position; version; extraction du tronc; tête au détroit abdominal; broiement; femme guérie.

Obs. III. — La femme V..., âgée de 30 ans, était entrée, au huitième mois de sa grossesse, dans l'un des hôpitaux de Paris, pour y être traitée d'une entérite assez grave. Le 16 mai 1831, vers dix heures du soir, je fus appelé pour assister cette femme. Déjà l'on avait appliqué plusieurs fois le forceps sur la tête, qui se présentait par l'ovale supérieur au détroit abdominal et en première position; mais l'instrument avait lâché prise. On avait fait ensuite la version du fœtus, le tronc était extrait; mais la tête, que l'on avait essayé d'entraîner, d abord avec les doigts portés dans la bouche, puis avec le forceps, se trouvait au détroit abdominal. Ces tentatives avaient duré plusieurs heures; le périnée était déchiré; le cordon ombilial avait cessé de battre depuis long-temps. Je procédai au broiement de la tête. Je portai sans aucune difficulté la branche gauche du céphalotribe au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, sur le côté gauche de la tête du fœtus; mais l'introduction de la droite me présenta des difficultés assez grandes, sans doute à cause de l'irritation de la matrice déterminée par les manœuvres qu'on avait faites. Cette branche fut d'abord passée entre la paroi cotyloïdienne droite et le côté correspondant de la tête; mais elle ne put être jointe à l'autre. Je fus obligé de la retirer pour la plonger à plat et profondément au-devant du visage, et la faire revenir ensuite entre la paroi cotyloïdienne droite et le côté correspondant de la tête. Alors je pus réunir les branches. La tête fut comprimée, écrasée et extraite. Le bassin avait deux pouces trois quarts environ d'avant en arrière. L'enfant pesait huit livres et demie.

Dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement, la femme se plaignit de douleurs dans la région hypogastrique; elle eut une fièvre violente; cependant les lochies continuaient de couler; je fis plusieurs saignées; je prescrivis une diète sévère. Dès le lendemain, j'injectai dans l'intérieur de la matrice de l'eau tiède avec addition de chlorure de chaux. Des escarres se formèrent au périnée et se détachèrent le sixième jour; la plaie résultant de leur chute devint vermeille, ainsi que toute la membrane muqueuse du vagin, et la fièvre diminua peu à peu. Cependant les selles restèrent fréquentes, l'émission de l'urine était toujours involontaire, quoique l'urètre fût intact. Quelquefois, pendant le jour ou la nuit, il y avait un léger délire. Le 4 juin, je fis transférer cette femme à l'hôpital Beaujon, où elle fut confiée à l'expérience de M. Renauldin; alors elle n'avait plus qu'une très-grande faiblesse, un mal de tête violent et deux ou trois selles par jour. Dès le lendemain de son arrivée, 6 sangsues lui furent appliquées au-dessous de chaque oreille; on lui donna du bouillon coupé; le mal de tête diminua. Le lendemain et les jours suivans, on augmenta la quantité des alimens, et la convalescence se consolida.

Le 12 juillet, la femme était parfaitement rétablie et sortit de l'hôpital. M. Gerdy et une vingtaine d'élèves ont été témoins de cette opération.

J'ai eu depuis lors occasion d'employer le céphalotribe chez deux autres femmes à bassin également étroit, et l'opération s'est toujours faite avec une aussi merveilleuse facilité.

Peut-être, dira-t-on, que ces bassins, qui étaient petits et réguliers n'offraient pas des exemples de la plus grande défectuosité pelvienne que l'on puisse rencontrer, et que l'accouchement aurait pu en conséquence se terminer naturellement; je ne répondrai qu'en citant à ce sujet l'opinion même de mon oncle, dont j'extrais textuellement les paroles. (Plaidoyer de Baudelocque, pag. 9.) Il s'agit d'une femme dont le bassin était de deux pouces trois quarts.

« L'ignorance seule, succédant aux talens des pre-
» miers accoucheurs de la femme dont il est question,
» aurait pu lui promettre un sort différent, et conclure
» de ce qu'elle était accouchée la première fois d'un
» enfant vivant, qu'elle pouvait et devait le faire au
» terme de sa quatrième grossesse. Les fastes de l'art
» des accouchemens n'offrent peut-être pas dix exemples
» d'enfans nés spontanément et vivans dans le cas de
» conformation semblable à celle de cette femme, et
» en offriraient par milliers, si on les avait recueillis

» tous, qu'ils attesteraient que c'est par une heureuse » exception à la loi générale que des enfans ont pu » naître ainsi, et qu'ils n'ont dû cet avantage qu'à leur » peu de volume et au peu de solidité de la boîte os- » seuse du crâne. »

Est-il besoin maintenant de comparer la perforation de la tête au procédé qui consiste à la broyer ?

La perforation de la tête se compose de la perforation de la voûte du crâne qu'il faut faire suivre, le plus souvent, de celle de la base du crâne; mais avant de pratiquer la première, on commence toujours par l'application du forceps; et si cet instrument est insuffisant, on fait la version du fœtus, opérations ou manœuvres qui sont plus ou moins longues.

Au contraire, dans le broiement de la tête, l'application du forceps ordinaire ayant été faite d'abord, et cet instrument étant reconnu insuffisant si le fœtus est mort, on passe sur les côtés de la tête les cuillers d'un instrument mousse, je dirai presque d'un forceps ordinaire, qui a pour effet d'écraser la tête, en la comprimant de dehors en dedans, et avec lequel on fait aussitôt l'extraction du fœtus.

La perforation de la totalité de la tête demande de la part de l'accoucheur des efforts plus ou moins considérables; quand le céphalotribe est placé sur les côtés de la tête, on tourne la manivelle et l'on écrase la tête sans qu'elle présente la moindre résistance.

La durée de la perforation de la tête est au moins, comme on l'a prouvé, de trois quarts d'heure, souvent de plusieurs heures, quelquefois de plusieurs jours. La durée du broiement de la tête est celle de la plus simple application de forceps.

L'instrument (ciseaux de Smellie) dont on se sert communément pour perforer la voûte du crâne est loin même d'être sans danger pour la femme, comme je l'ai fait remarquer plus haut.

Les crochets et les tenailles dont on se sert pour briser la base du crâne arrachent très-souvent les parties molles de la femme en brisant les parties dures ou le bassin, et déchirent les doigts de l'accoucheur.

Le céphalotribe n'a pas encore blessé une femme.

En résumé, introduire dans les parties génitales de la femme les cuillers d'un forceps à la même profondeur que celles du forceps ordinaire quand on l'applique au-dessus du détroit abdominal, puis tourner une vis, et extraire la tête qui est alors considérablement diminuée de volume; tel est le broiement de la tête qui, certainement, n'a pas même les dangers de l'application du forceps ordinaire, parce qu'avec ce dernier instrument on est obligé de recourir à des efforts plus ou moins considérables, suivant le degré de disproportion qui existe entre la tête et le bassin, et ces efforts doivent durer plus ou moins long-temps.

Si donc il ne fallait pas toujours attendre un temps aussi long pour acquérir la certitude complète de la mort du fœtus; si l'on pouvait au contraire diminuer plus tôt par l'application de mon instrument le volume de la tête, aucune femme ne périrait jamais à la suite de l'opération; mais la durée du travail suffit à elle seule pour causer une inflammation grave des organes génitaux, et amener des accidens qui peuvent être mortels.

Quelques personnes ont parlé de l'effroi que doit inspirer aux femmes l'idée de faire broyer la tête de leur enfant, même au moment d'un travail laborieux où certainement il est mort; les cinq femmes chez lesquelles j'ai fait usage du céphalotribe, n'ont pas su de quel instrument je me suis servi pour les délivrer; d'ailleurs je ne pense pas qu'elles eussent plus de raisons d'être effrayées par la vue du céphalotribe, s'il leur était montré, que par celle des ciseaux de Smellie ou du crochet aigu.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

(Cahier de septembre)

TRAITEMENT DES ULCÈRES DU MAMELON PAR LE NITTRATE D'ARGENT, par Alex. HANNAY, M.-D. à Glasgow.

Il y a peu d'affections légères en apparence qui causent des douleurs aussi cruelles que la morsure, les excoriations et l'inflammation du mamelon chez les femmes qui nourrissent. Après avoir essayé pendant long-temps tous les moyens, rationnels ou empiriques, généralement recommandés, sans en avoir retiré aucun succès, l'auteur a trouvé à la fin une méthode de traitement qui n'a jamais manqué, assure-t-il, de produire un soulagement immédiat, et d'assurer finalement une guérison complète. Cette méthode, la voici :

Après avoir avec douceur, mais avec exactitude, détergé et desséché le mamelon, on le touche librement avec un crayon aigu de nitrate d'argent. Il faut l'insinuer jusqu'au fond des crevasses et des fissures; après quoi on lave le mamelon avec du lait ou de l'eau chaude. Dans la plupart des cas, la douleur, bien que cuisante d'abord, ne tarde pas à s'apaiser, et il suffit de panser avec la pommade simple, ou mêlée de fleurs de zinc, pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère. De temps à autre, on lave le mamelon avec une solution saturée de borax, avant et après la succion de l'enfant. Quelques femmes ressentent de vives douleurs lors de l'application du caustique; cela ne mérite pas qu'on s'y arrête; une potion opiacée, par exemple, avec 30 gouttes de solution de muriate de morphine, soulage promptement ces douleurs, et l'état du mamelon est alors amélioré. Dans quelques cas, il faut toucher plus d'une fois, et même y revenir assez long-temps; mais à chaque fois l'opération est moins douloureuse. La solution de nitrate d'argent a été recommandée; mais l'auteur affirme positivement qu'elle est inférieure au caustique solide,

soit pour calmer, soit pour guérir ces douloureuses affections.

Nous trouvons dans les numéros suivans deux lettres sur le même sujet, l'une du docteur Edmond Bowen, l'autre de M. George Jewel. Tous deux déclarent que depuis plusieurs années ils emploient la même méthode, sans avoir eu connaissance de la pratique de M. Hannay; ils s'accordent d'ailleurs à en préconiser les excellens effets.

Observations de fractures non-consolidées, traitées par le séton, par E. Macdowel.

La cause de la non-consolidation des fractures, le choix d'une méthode de traitement, et enfin le pronostic qu'on peut en porter sont autant de questions auxquelles il manque encore une solution complète. Le seul moyen de la leur donner est d'accumuler lentement les faits; et les deux suivans méritent une attention particulière, puisque avec la même opération faite par le même chirurgien, le succès a cependant été si différent.

Obs. I. — Michel Flood, âgé de 25 ans, entra à l'hôpital chirurgical de Richemond, à Dublin, le 16 janvier 1830, avec une fracture non réunie du fémur gauche. La fracture était située au-dessous du centre de l'os, fort oblique d'ailleurs, les fragmens chevauchant l'un sur l'autre, les muscles amaigris et mollasses; et au moindre essai pour s'appuyer sur le membre, celui-ci se fléchissait en dedans; il n'était donc d'aucun usage.

Cet homme s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu la syphilis. La fracture datait de deux ans; on l'avait traitée par des attelles qui étaient demeurées appliquées durant deux mois. Alors le malade, pressé de recouvrer l'usage du membre, avait quitté le lit; mais au premier essai pour marcher sur cette jambe, les fragmens nouvellement réunis s'étaient disjoints. Des attelles et un appareil très-solide avaient été appliqués trois autres mois; mais le cal ne s'était point fait; on avait ensuite essayé un vésicatoire, et au bout d'un an la fracture n'était point encore réunie. Le malade était entré alors à l'hôpital Steven, à Dublin, où il était resté près de six mois. On avait appliqué un bandange auparavant dans la colle; de courtes attelles trempé furent fortement serrées par-dessus, et on avait permis au malade de se promener aidé de deux béquilles. Au bout de ce temps, les fragmens étaient moins mobiles l'un sur l'autre; mais il n'y avait pas d'union et le membre demeurait toujours inutile. C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital de Richemond dans le service de M. Macdowel.

On laissa passer le temps nécessaire pour administrer le mercure, dans le but d'exciter un suffisant degré d'action dans les parties, et de favoriser ainsi la formation du cal. Le 20 janvier, une incision fut faite au côté interne de la cuisse sur le lieu de la fracture; une longue aiguille à séton, enfilée d'une mèche épaisse de soie, fut passée entre les fragmens et retirée par le côté externe du membre. Il n'y eut pas de sang répandu. Le membre fut placé sur un double plan incliné. Le jour suivant, il y eut quelque réaction locale et générale; la fièvre dura six jours, mais resta modérée; l'inflammation ne fut pas bien violente; la suppuration se fit en suffisante abondance, et au bout de quatorze jours le séton fut retiré. Les progrès de la consolidation furent très-lents; mais elle s'acheva enfin si complétement qu'en 1832 cet homme fut employé comme fossoyeur au cimetière attaché à l'hôpital du choléra, où malheureusement il ne manqua pas d'occupation. Le membre a repris son volume, mais il est resté d'un pouce environ plus court que l'autre, à raison du chevauchement des fragmens.

Obs. II. — Anthony macdonnell, âgé de 52 ans, fut admis le 10 novembre 1832. Il portait depuis quatre mois une fracture très-oblique de l'humérus gauche, située à deux pouces au-dessous du centre de l'os. Il avait passé douze semaines à l'hôpital Steven, et durant tout ce temps le bras avait été soigneusement maintenu dans les attelles, le coude placé dans une boîte de fer-blanc; on avait appliqué un bandage à la colle; on avait fait saliver le malade, le tout infructueusement. Une fausse articulation s'était développée; les extrémités des fragmens étaient devenues mousses et arrondies et le bras émacié. Neuf ans auparavant cet homme avait eu la syphilis, pour laquelle deux fois il avait passé par la salivation, et depuis même ses gencives étaient demeurées gonflées et sensibles. Depuis le dernier traitement mercuriel, il avait conservé une constante douleur au ventre et un certain degré de dyspnée.

Le 12 novembre, un séton fut passé entre les fragmens; la fièvre qui suivit fut légère; mais il survint une bronchite avec une suppuration claire, fétide et abondante par le séton, qu'il fut nécessaire d'enlever après dix jours. L'opération ne produisit aucun effet sur la fracture.

Pourquoi ce succès dans un cas et cet échec dans l'autre? Serait-ce que la bronchite a causé une dérivation fâcheuse, ou que l'inflammation dans le second cas a été trop vive? Quoi qu'il en soit, et bien qu'il faille admettre une sorte de prédisposition chez les sujets dont les fractures sont si rebelles à la consolidation, il n'est pas permis de penser que la manière d'appliquer l'appareil est non plus sans influence. Ici s'appliquent encore les judicieuses considérations de MM. Nanula et Petrunti; et la leçon à en tirer, c'est qu'il ne faut pas, par un appareil prématurément serré, empêcher l'extravasion des matériaux qui doivent former le cal.

Réunion d'une fracture du col du fémur dans l'intérieur de la capsule articulaire; par Thomas Fawdington.

Obs. — Au mois de juin 1832, Anne Whitehead, âgée de 68 ans, de bonne constitution et habituée à une vie active, fut renversée par une balle de marchandises qui tomba d'une voiture. Elle ne put se relever seule ni marcher; on la reconduisit immédiatement chez elle en voiture. Appelé près d'elle quelques heures après

l'accident, je la trouvai se plaignant d'une forte douleur dans la hanche gauche, qui augmentait à chaque mouvement du membre; la cuisse était raccourcie d'un pouce et demi à deux pouces, et le pied était tourné en dehors. On ramenait aisément par l'extension le membre à sa forme et à sa longueur naturelles, et alors par un mouvement de rotation on produisait une obscure crépitation; mais aussitôt que l'extension était suspendue, le membre retournait à sa première position. Il n'y avait encore que peu de gonflement.

La fracture du col du fémur était évidente, et comme je regardais l'attelle de Hagedorn comme le meilleur appareil pour maintenir les fragmens en contact, et procurer ainsi quelque chance de réunion, quand elle est possible, je l'appliquai à l'instant avec une légère modification. La malade toutefois ne voulut jamais se soumettre à la gêne de l'appareil passé les premiers quinze jours; elle se plaignait de la position comme trop fatigante, et le bandage du bassin lui causait de la douleur. L'extrémité était aussi tuméfiée et œdémateuse. Par ces raisons, je revins à la position démi-fléchie en plaçant le membre sur le double plan incliné; mais bientôt la malade s'en fatigua encore. Le gonflement et l'œdème avaient cependant disparu. Ainsi privé des ressources de l'art que j'étais disposé à regarder comme les plus efficaces, j'abandonnai la fracture au traitement palliatif de Sir A. Cooper. La femme le continua près de deux mois; ensuite elle commença à marcher avec des béquilles, puis après avec un bâton seulement; et au bout d'environ neuf mois à partir de son accident, elle marchait d'un pas assez ferme bien qu'irrégulier, et sans aucun appui artificiel.

En mai 1833, elle mourut d'une bronchite, et voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie.

Le corps étant couché sur la table, le genou et le pied gauches étaient tournés en dehors, et le membre mesuré selon sa longueur n'avait pas tout-à-fait un pouce et demi de moins que l'autre. En écartant les muscles, le ligament capsulaire parut épaissi et irrégulier à sa face externe, et le grand trochanter situé plus près de l'os iliaque que d'ordinaire; à part ces circonstances, on n'aperçut rien de remarquable jusqu'à ce que la capsule eût été ouverte. Le col du fémur, qui semblait enterré dans la cavité cotyloïde, était évidemment devenu rugueux et projeté en avant, et la portion réfléchie de la synoviale y était adhérente, mais si légèrement, qu'on l'en détacha aisément avec le manche du scalpel. On enleva alors le fémur de sa cavité et on le mit en regard du fémur sain pour mieux constater les différences, et voici ce qu'on trouva :

En avant, la partie proéminente du col fémoral se projetait considérablement au-delà du niveau de la base du grand trochanter, par suite d'un dépôt de nouvelle matière osseuse qui s'étendait de ce dernier point en dedans jusqu'à moins d'un quart de pouce de la circonférence de la tête de l'os, renfermée toutefois strictement dans la capsule articulaire. La membrane synoviale en ce point était opaque, plus épaisse que dans l'état naturel, tomenteuse à sa surface par suite de la séparation des adhérences ci-dessus mentionnées. En arrière, le col offrait une dépression considérable, qui se continuait de ce côté avec la fosse trochantérienne; il demeurait cependant assez lisse et poli. La tête de l'os, qui présentait une obliquité particulière, recouvrait le col à un degré qui ne se rencontre point dans l'état normal, en sorte qu'elle contribuait à former la dépression indiquée, et son rebord articulaire était aigu et comme taillé à pic à raison d'un dépôt de matière osseuse qui se prolongeant en avant dans la masse osseuse nouvelle occupait la face antérieure du col.

La partie supérieure de la tête était abaissée au niveau du grand trochanter, et sa partie inférieure se rapprochait fort près du petit trochanter. L'axe de la tête et du col avait changé de rapport avec l'axe de la diaphyse d'une manière remarquable; au lieu d'être en regard l'un de l'autre presque sur le même plan, le col et la tête de l'os en rapport avec le grand trochanter figuraient une ligne inclinée considérablement en arrière, de manière qu'ils semblaient écartés par torsion de leur direction naturelle. Cette obliquité était portée à un tel point, que tandis que l'intervalle existant en arrière, entre le rebord articulaire de la tête fémorale et la base du grand trochanter, était à peine de trois huitièmes de pouce, le même espace en avant mesurait pleinement un pouce trois quarts.

Après une macération convenable, on fit avec soin une section de l'os qui mit à découvert une ligne d'union correspondant avec la ligne extérieure, épaisse et dense vers la circonférence, s'amincissant vers le centre, où la structure spongieuse du col avait commencé à reparaître. La totalité de cette portion de l'os était toutefois d'une texture plus solide que les parties adjacentes et que l'intérieur du col fémoral du côté sain, qui avait été détaché pour en faire la comparaison. Le fémur droit présentait à l'extérieur une parfaite régularité sous tous les rapports. Lorsqu'on l'eut préparé et divisé comme l'autre, le contraste était remarquable; les cellules étaient libres et béantes, et le tissu compact extérieur comparativement léger de matière et délicat.

L'auteur résume toutes les circonstances de ce fait, qui ne permettent pas de douter qu'il y ait eu là réunion d'une fracture située en dedans de la capsule. Il y aurait d'autres inductions à tirer de cette autopsie comparée à celles que possède déjà la science. Nous nous bornerons à signaler ici les trois sortes de déplacemens qui suivent presque constamment cette fracture et qu'il faut s'attacher à prévenir : 1° le raccourcissement du membre; 2° le mouvement de rotation du membre et conséquemment du grand trochanter en dehors; 3° enfin cette disposition du col de l'os à se réunir avec le trochanter de manière à former un angle droit ou même aigu en bas, au lieu d'un angle obtus qu'ils forment dans l'état naturel. Nos appareils tendent à corriger les deux premiers; le troisième demande peut-être une attention spéciale. Il semble d'abord qu'on y remédierait en portant la cuisse dans une abduction moyenne; c'est une idée dont l'expérience pourra seule apprécier la véritable valeur.

II. THE LANCET.

(Août et Septembre.)

DU TRAITEMENT DU NOEVUS MATERNUS PAR LA SOUDE CAUSTIQUE PURE (kali purum); par M. WARDROP.

Dans le neuvième volume des *Transactions de la société médicale et chirurgicale* (1818), j'ai essayé de préciser les caractères anatomiques du nœvus, et les divers traitemens opposés à cette maladie. Après les différentes opérations conseillées, la ligature de la tumeur, le séton, la ligature des troncs vasculaires, je proposai un autre mode de traitement que je n'adoptais à cette époque que pour les nœvi d'une petite étendue. Je puis aujourd'hui avec confiance le recommander pour les tumeurs de ce genre les plus considérables; je l'ai employé avec un succès complet dans des cas où aucune autre opération n'aurait été praticable, à raison de l'énorme étendue et de la dangereuse position de la tumeur.

Je veux parler de la destruction des ces tumeurs par *ulcération;* méthode que je fus conduit à essayer d'abord par la considération des effets produits par une forte solution de sublimé corrosif appliquée sur un nœvus sous-cutané situé au dos d'un jeune enfant. Sous l'influence de ce topique la peau s'ulcéra; l'ulcère s'étendit rapidement et détruisit non-seulement la peau, mais la substance même de la tumeur; après quoi ses progrès se limitèrent, et la cicatrisation eut lieu.

J'avais également observé que la nature emploie quelquefois le même procédé pour effectuer la cure spontanée de ces nœvi : une ulcération commençant sur une mince portion de peau au-dessus de la tumeur, puis s'étendant à la tumeur elle-même, qu'elle finit par détruire complétement.

Le procédé le plus efficace et en même temps le plus facile que j'aie trouvé pour produire cette ulcération artificielle est l'emploi de la soude pure, dont l'action est si puissante pour détruire la vitalité des parties molles à sa plus légère application. L'escarre se sépare ensuite des parties vivantes par un procédé d'ulcération; et il reste au-dessous un ulcère qui s'étend à la totalité de la masse morbide. Il ne survient aucune hémorrhagie, la nature leur opposant ici le même obstacle que dans les cas de gangrène; c'est-à-dire que les extrémités des vaisseaux se remplissent graduellement de sang coagulé, à mesure que l'ulcere fait des progrès dans la masse; et les cellules du parenchyme, où la circulation ne se fait plus, sont également gorgées de sang coagulé.

Il suffit d'appliquer la soude sur un petit point de la tumeur: pour cela on se sert d'un emplâtre adhésif percé d'un petit trou pour limiter l'action du caustique; on frotte la peau avec le caustique jusqu'à ce qu'il ait produit un effet suffisant, ce que l'on reconnaît au changement de couleur des tégumens. Si après deux ou trois jours on ne juge pas le résultat satisfaisant, on en fait une seconde application sur une surface plus étendue, ou en frottant la peau avec plus de force, afin d'assurer la formation d'une escarre plus large et plus profonde. On peut recommencer de cette manière un certain nombre de fois; et c'est une chose surprenante, quand l'escarre a été ainsi complétement formée, avec quelle rapidité se fond et disparaît la tumeur sous-jacente. Il n'est pas nécessaire que l'escarre soit détachée et l'ulcération mise à nu; au contraire il faut laisser l'escarre sans y toucher, comme le meilleur topique; l'ulcération agira par-dessous imperceptiblement, en ne laissant apercevoir ses progrès que par la fonte de la tumeur.

Voici des exemples de l'efficacité de ce moyen et de la manière de l'employer.

OBS. I. — Un enfant âgé de deux mois me fut apporté pour le nœvus sous-cutané le plus volumineux que je me souvienne d'avoir jamais vu. Il était situé sur le côté gauche de la poitrine, reposant par sa base sur la portion la plus large du muscle grand pectoral, et sa grosseur était telle qu'il empêchait le bras de se rapprocher du tronc. Il offrait tous les caractères spéciaux de cette sorte de tumeurs; la santé de l'enfant sous tout autre rapport était excellente. L'extirpation d'une aussi formidable masse avec le couteau était tout-à-fait impraticable; une tentative pour l'étreindre dans une ligature aurait été tout aussi hasardeuse. Je procédai avec la plus grande précaution; la sonde fut appliquée sur le bord de la tumeur et sur une surface qui n'excédait pas l'étendue d'un six-pences. Je réitérai cette application tous les deux jours durant un mois sur une portion adjacente de la tumeur, et le mois suivant tous les trois ou quatre jours. Par ce moyen, l'ulcération non seulement s'établit, mais fit des progrès si rapides que toute la masse s'ulcéra et s'en alla en escarres; et quand j'ai revu l'enfant plusieurs années après, j'ai eu la satisfaction de ne pas retrouver le moindre vestige de la tumeur, rien enfin qui dénote qu'elle a existé, hors une cicatrice assez étendue.

Je tiens l'observation suivante de la complaisance du docteur Reid qui a eu le malade dans son service à *l'hôpital de chirurgie*, et qui a lui-même surveillé immédiatement le traitement.

OBS. II. — 1er juillet 1829. Un enfant âgé de huit mois portait une tumeur ayant à peu près le volume et la forme de la moitié d'une petite orange, occupant le centre de la joue droite, et aplatie à son sommet, où elle offrait une surface concave tachetée de blanc et de rouge, quoique sans ulcération. Les bords de cette tumeur étaient d'un rouge sombre et fort épaissis. On pouvait la manier librement sans arracher à l'enfant aucun cri. Elle s'accrut rapidement en volume; et il est à remarquer que la température de la partie était toujours plus élevée que celle de l'autre joue. Plusieurs éminens chirurgiens furent appelés, et portèrent un pronostic fâcheux en raison de l'étendue et du siége de la tumeur. L'un d'eux fut d'avis que l'excision offrait la seule chance probable de salut; mais il craignait que le mal n'eût des racines trop profondes pour permettre jamais cette opération.

Le 7 juillet, un espace de l'étendue d'un six-pences, ménagé sur le centre de la tumeur et cerné par un morceau de diachylon, fut frictionné avec force avec la soude pure. Deux jours après on répéta ces frictions, les premières n'ayant produit qu'une très-petite escarre. On continua ainsi tous les deux jours durant la première quinzaine, et ensuite tous les trois jours. Le 19 août tout le sommet de la tumeur était recouvert d'une escarre, dont la moitié se détachant laissa une cavité dans la tumeur. Le 25 août, la tumeur avait perdu beaucoup de son volume; l'escarre alors occupait un espace de l'étendue d'une couronne, et la cavité était remplie par des bourgeons charnus. La soude fut de rechef appliquée autour de la circonférence de la tumeur; on continua ces applications sur divers points, environ deux fois par semaine, jusqu'à quelques jours avant le 14 septembre. A cette époque l'escarre était entièrement tombée et l'ulcère guéri. La semaine suivante on produisit une autre escarre de l'étendue d'un shelling, attendu qu'il restait encore une élévation sur la joue. Une ou deux escarres furent ainsi produites, et la tumeur ramenée au niveau de la joue. Enfin, vers le commencement de novembre, il ne restait plus rien que la cicatrice causée par le caustique, et quelque induration des tégumens.

Il n'y a jamais eu le moindre indice de récidive; et l'enfant s'étant bien développé, la cicatrice est devenue moins apparente, et les parties molles ont repris plus de souplesse qu'auparavant.

Ces faits suffisent pour démontrer de quelle manière peuvent être guéris par ulcération les nœvi materni, quels que soient leur étendue et leur siége; et je puis ajouter que je n'ai jamais rencontré un seul cas où ce mode de traitement ne fût point applicable. Dans mon opinion, cette méthode rend parfaitement inutile et désormais inadmissible l'opération si grave de l'extirpation et surtout la ligature des gros troncs artériels, tels que l'artère carotide, que j'ai liée trois fois moi-même avant de connaître le nouveau procédé. Et comme ces graves opérations sont encore pratiquées par quelques chirurgiens distingués, je m'empresse de rendre publique cette nouvelle méthode sûre et efficace pour la guérison du nœvus.

Un nombre considérable d'affections de ce genre a été traité par *ulcération* à l'hôpital de Chirurgie; j'ai suivi cette méthode dans un grand nombre de cas dans ma pratique particulière; et la soude pure n'a pas moins bien réussi dans plusieurs autres cas où elle a été employée par d'autres chirurgiens.

REMARQUES SUR LA FAUSSE MÉLANOSE DES POUMONS, par le docteur MARSHALL.

Ce mémoire est la suite de celui publié dans un numéro antérieur du même journal, dont nous avons donné l'analyse dans une de nos revues précédentes. Nous allons présenter ici un nouveau cas de cette maladie, et les réflexions par lesquelles l'auteur termine sa publication.

OBS. — De Shidden, âgé de 57 ans, avait travaillé dans les mines de charbon de terre depuis son enfance; il avait mené une vie dissipée et cependant avait joui d'une bonne santé, quand il y a environ dix ans il eut une cuisse fracturée et reçut de très-fortes contusions par un éboulement de pierres. Lorsqu'il fut rétabli de ces accidens, il retourna à son travail, et, bien que harrassé par quelques accès de toux et de dyspnée, il put continuer ses travaux jusqu'en mars 1827, époque où ces symptômes offrirent une telle intensité qu'il fut obligé de quitter la mine; mais il continua de faire des travaux peu fatigans et à l'extérieur jusqu'à la fin de 1833. Pendant ce temps, l'expectoration qui accompagnait la toux était muco-purulente, et les accès de dyspnée étaient tellement violens qu'ils ressemblaient parfaitement à ceux de l'asthme. Pendant l'hiver, les symptômes étaient toujours plus graves, et en décembre 1833 il fut obligé de garder le lit, la maladie ayant pris une forme aiguë avec fièvre et une anasarque générale qui dura pendant deux mois, mais finit par céder aux diurétiques; il éprouva cependant un peu d'amélioration, reprit des forces et put se livrer encore à ses travaux; mais au bout de quatre semaines il retomba de nouveau après s'être exposé au froid. La dyspnée étant très-fatigante et l'expectoration très-copieuse, il survint une anasarque qui fut suivie d'épanchement dans la poitrine et l'abdomen, et le malade mourut le 24 avril 1834.

Autopsie. En soulevant le sternum, on voit que les glandes du médiastin sont légèrement teintes en noir. Le péricarde, fortement distendu, contient environ 8 onces de fluide, et le cœur est très-dilaté. L'épanchement des deux côtés de la poitrine est très-abondant; le poumon droit a contracté de nombreuses et anciennes adhérences. Incisé, il présente dans toute son étendue la couleur noir de jais caractéristique de l'infiltration de mélanose; le fluide qui s'en écoule teint en noir très-foncé celui qui est épanché dans la plèvre, et les mains de l'élève qui l'examine sont teintes en noir, absolument comme s'il les avait plongées dans un mélange d'eau et de noir de fumée. Sur plusieurs points son tissu est hépatisé, et des incisions pratiquées dans différentes directions mettent à découvert quelques vomiques dont les plus grandes pourraient à peine contenir un centime. Le poumon gauche est aussi adhérent sur beaucoup de points. L'infiltration noire, bien que moins prononcée dans le poumon droit, est cependant bien caractérisée. On trouve aussi un commencement d'hépatisation dans quelques endroits, mais le poumon est généralement perspirable et flotte facilement au-dessus de l'eau.

L'abdomen contient plusieurs pintes de fluide. Le foie hypertrophié présente à l'intérieur une apparence granuleuse. Tous les autres viscères sont à l'état sain.

Le trait le plus frappant qu'offre ce fait, et qui le distingue des autres cas qui ont été recueillis jusqu'ici, c'est l'absence, pendant toute la durée de la maladie, des crachats colorés qui étaient si remarquables dans les autres cas. Ne semblerait-il pas, d'après ce fait rapproché des autres, que l'expectoration noire n'apparaît que quand la substance pulmonaire est entraînée par

l'ulcération, et que son apparition indique une période avancée de la maladie.

Dans tous les cas rapportés jusqu'ici, la maladie avait suivi une marche uniforme, et la mort avait pu être attribuée à l'étendue de la désorganisation des poumons; mais dans celui-ci, l'épanchement formé dans les grandes cavités a accéléré la terminaison et a donné l'occasion de reconnaître que la sécrétion fournie par le poumon peut n'être point teinte en noir, bien que le tissu de cet organe soit profondément infiltré de matière noire.

M. Marshall croit, d'après les cas qu'il a observés jusqu'ici, pouvoir distinguer quatre conditions différentes dans lesquelles se présente la substance pulmonaire, et qu'il considère comme appartenant à autant de périodes consécutives de la maladie.

1° Le poumon fortement taché par le dépôt noir, mais encore mol, crépitant et flottant sur l'eau, fournit par la macération une certaine quantité de matière noire, et perd sa coloration par cette opération.

2° Le poumon présente des noyaux d'hépatisation plus ou moins volumineux, caractérisés par leur résistance à l'instrument tranchant, leur couleur noire plus foncée et l'absence de crépitation.

3° Ces portions hépatisées offrent sur plusieurs points des vomiques moins avancées.

4° Désorganisation générale des poumons; au centre sont des excavations étendues et irrégulières traversées par des restes d'induration ou de substance pulmonaire friable; les bronches, demi-ossifiées à leur racine, se terminent abruptement dans ces excavations que remplit un fluide noir comme de l'encre.

Le diagnostic de cette maladie avant l'apparition des crachats noirs, paraît encore bien obscur; cependant, si un cas d'affection pulmonaire se présentait chez un individu travaillant depuis long-temps dans des mines de charbon de terre où l'on aurait déjà observé cette maladie, si au début il y avait eu de la dyspnée, et que les symptômes eussent pris une forme chronique, on pourrait, dit M. Marshall, soupçonner la fausse mélanose. C'est sur ces données qu'il a porté ce diagnostic sur la maladie de deux individus qui sont en ce moment soumis à ses soins.

L'origine de cette maladie est également fort obscure; les uns l'attribuent à l'action de la poudre avec laquelle on fait sauter la mine; les autres à l'inspiration du noir de fumée ou de la suie fournie par les lampes des mineurs. On doit noter la première de ces deux origines, puisque dans les mines où les sujets des observations recueillies par M. Marshall travaillaient, on n'emploie pas la poudre pour l'extraction du charbon, mais seulement et très-rarement pour faire sauter les roches qui gênent l'exploitation. Quant à la seconde, si elle était vraie, on demanderait pourquoi cette maladie ne s'observe pas dans toutes les mines où les ouvriers emploient des lampes, et, bien plus, pourquoi on ne la rencontre que dans un petit nombre de localités, et non dans toutes les exploitations de houille.

Les cas recueillis appartiennent tous à deux puits seulement, bien qu'il y en ait un très-grand nombre d'autres dans le même district. Il paraît même qu'elle est inconnue dans les mines de Newcastle, quoique d'après la méthode de ventilation qui y est adoptée, et d'après la vaste étendue des travaux et conséquemment le grand nombre de lampes qui y sont employées, elles offrent les circonstances les plus favorables au développement de cette maladie, si elle était due à l'inspiration de la fumée fournie par les lampes.

L'origine probable de cette affection pulmonaire semble être l'inspiration de la poussière fine de charbon et son accumulation au milieu de la substance des poumons. Personne n'ignore que le charbon de terre peut flotter dans l'air en particules assez fines pour qu'elles puissent être inspirées sans déterminer immédiatement de l'irritation. L'expectoration des mineurs est teinte en noir pendant plusieurs heures après même qu'ils ont quitté leur travail; et pendant les interruptions qu'ils éprouvent quelquefois, il n'est pas rare d'observer cette teinte noire des crachats, même après plusieurs semaines.

Dans les mines où les cas rapportés ont été observés, cette poussière fine est portée par les courans d'air à des distances considérables des travaux. On ne peut descendre dans les puits sans qu'il s'en dépose une couche légère sur les vêtemens; elle s'insinue même sous les habits et sous le linge; et, ce qui est plus remarquable, les mineurs qui travaillent avec une plaie non cicatrisée, petite ou grande, peu importe, ne peuvent empêcher cette poudre d'arriver jusqu'à la surface de la plaie; et, sans retarder la cicatrisation, d'y faire une marque aussi indélébile que le tatouage des Indiens, et les signes que s'impriment communément les marins avec la poudre à canon.

On peut supposer que cette poussière fine, quand elle a été inspirée, est ordinairement rejetée au dehors par l'expectoration lorsque le poumon est à l'état sain; mais si cet organe est malade, il pourra en arriver autrement. Il est possible alors que cette poussière, s'accumulant dans les vésicules pulmonaires, s'incorpore dans la substance des poumons, et agisse alors comme un irritant. La respiration s'embarrasserait donc, et viendraient ensuite les altérations organiques qui, à une certaine époque, ne permettraient plus aux poumons de remplir leurs fonctions.

La rareté de cette maladie au milieu des circonstances favorables à son développement, est une preuve qu'il faut une prédisposition chez les sujets qui en sont affectés; et comme les maladies pulmonaires sont rares chez les mineurs, on comprend facilement comment elle est aussi rare.

On ne fera pas à la théorie que nous venons de développer l'objection que nous avons faite contre celle qui attribue la production de la maladie à la fumée des lampes; car on doit se rappeler que, tandis que la suie fournie par cette fumée est dans tous les cas identique dans sa nature, l'action de l'autre cause dépend d'un grand nombre de circonstances, comme la nature de la houille, la manière de l'obtenir, etc. Ainsi, lorsque le

charbon est très-mou et divisé par petits fragmens comme dans les mines anglaises, ou lorsque les mines sont très humides, il doit se produire très-peu de cette poussière fine; mais lorsque, comme dans les puits où travaillent les sujets des observations rapportées, la mine est parfaitement sèche; lorsque le charbon est ferme, dur, compact, disposé par bancs épais qu'on est obligé de débiter avec beaucoup de travail, on conçoit qu'alors il doit se former une grande quantité de poussière fine qui, portée et accumulée dans les poumons, devra à la fin, surtout quand il surviendra un état pathologique de cet organe, déterminer des effets particuliers.

N° DU 15.

PHYSIOLOGIE DU CERVEAU.

—

DE LA SPÉCIALITÉ ORGANIQUE CONSIDÉRÉE DANS LES FONCTIONS INTELLECTUELLES DU CORPS HUMAIN, par F. LÉLUT.

Les fonctions intellectuelles proprement dites diffèrent de celles des trois ordres précédens, les fonctions assimilatrices, les fonctions de mouvement, les fonctions de sentiment, en ce que les organes de ces dernières, ou au moins les résultats, les produits de leur action, et souvent tout cela à la fois, sont soumis à l'appréciation immédiate de nos sens, ce qui n'a pas lieu dans les fonctions intellectuelles, qui ne nous sont connues que par *l'état* qui les constitue, c'est-à-dire par le fait de conscience: état qui n'est pas même, comme dans la sensation proprement dite, rapporté à l'action immédiate de tel ou tel ordre d'objets extérieurs sur telle ou telle espèce de nos sens.

Aussi, après avoir été à peu près d'accord sur la détermination spéciale des viscères de la vie d'assimilation, sur celle des organes du mouvement et des sensations, sur la spécialité de leurs nerfs et des points d'insertion de ces derniers dans l'encéphale et dans la moelle, enfin sur le *sensorium commune* anatomique, c'est-à-dire sur le lieu où se réunissent les principaux cordons de transmission des impressions de toutes sortes; toutes choses dont les sens nous instruisent d'une manière plus ou moins immédiate; après avoir, dis-je, été d'accord sur tout cela, les physiologistes cessent subitement de l'être sur la répartition qu'il y a à faire des diverses parties du cerveau à celles de ses fonctions qui ne nous sont connues que par le fait de conscience; et non-seulement sur cette répartition, mais sur son principe, sur sa nécessité.

Si l'on se bornait à dire avec la plupart des médecins que le cerveau est en masse l'organe de la sensation et de la pensée, en même temps qu'il exerce une influence puissante sur la production des mouvemens et sur celle des actes de la vie d'assimilation, il n'y aurait pas de difficulté à résoudre, car il n'y en aurait pas eu d'abordée. Mais ces quatre ordres de fonctions du cerveau: l'influence sur la vie d'assimilation, l'excitation au mouvement musculaire, la réception des impressions faites sur les organes des sens, enfin la création des mouvemens ou états intellectuels, sont trop distincts l'un de l'autre pour que, d'après l'analogie fournie par l'inspection des sens dans la spécialisation des fonctions physiques et de leurs organes, on n'ait pas cherché à effectuer dans le cerveau une répartition pareille pour les diverses fonctions dont il est chargé.

La nature, en distinguant le cervelet du cerveau, avait opéré elle-même dans l'encéphale une division qui ne pouvait manquer de servir de base à cette répartition. Ainsi, pour ce qui est de l'homme et des animaux supérieurs, le cervelet plus petit, moins en évidence que le cerveau, plus voisin de la moelle allongée, où se réunissent plus ou moins immédiatement toutes les origines de nerfs, le cervelet a été en général considéré comme l'agent excitateur ou directeur de l'action des viscères et de celle des muscles, l'organe des besoins, des sentimens les plus instinctifs, l'instrument, en un mot, de la partie la moins relevée ou la moins intellectuelle des actes de l'encéphale. Le cerveau, au contraire, plus volumineux, plus apparent, plus éloigné du *sensorium commune* anatomique, a été à peu près exclusivement affecté à l'exercice de l'entendement et de la volonté, et de tous leurs modes. Néanmoins il est vrai de dire qu'il n'est pas une seule de ces fonctions, depuis les impressions les plus viscérales jusqu'aux actes les plus intellectuels, qui n'ait été départie, soit par des auteurs différens, soit même quelquefois par les mêmes physiologistes, au cervelet, au cerveau et même aux éminences quadri-jumelles.

Ainsi le cervelet, investi par Willis, Vieussens, Duncan, Aidley, etc., de la production ou de la régulation des mouvemens involontaires et des actes de la vie assimilatrice, tels que la digestion, la circulation, la respiration; par des auteurs plus modernes, MM. Rolando, Serres, Magendie, Flourens, etc., de l'excitation ou de la direction, ou de la coordination des mouvemens volontaires; par Willis, des instincts des animaux, tels que la succion du mamelon, la construction des nids; par le même auteur, de l'instinct de la musique et de la mémoire des sons; par Gall, de l'instinct de la propagation; le cervelet, dis-je, a encore été chargé par Érasistrate et Malacarne des fonctions intellectuelles proprement dites; il a pris en quelque sorte ainsi la place du cerveau, et suivant Haller, il n'est pas plus que ce dernier exclusivement affecté aux fonctions de la vie assimilatrice.

Quant aux tubercules quadri-jumeaux auxquels Willis, avant le rang et l'importance que leur ont donnés les recherches de l'anatomie comparée moderne, avait fait une certaine part dans l'excitation aux passions et dans les déterminations de l'instinct, ils sont d'abord un organe de sensation, puisqu'ils forment un des points d'origine des nerfs optiques, et en outre, suivant M. Flourens, M. Serres, M. Rolando et quelques autres physiologistes, ils excitent un mouvement musculaire dans les membres.

Mais c'est principalement le cerveau qui réunit tous les ordres de fonctions affectées au système nerveux central. Chargé plus spécialement, par les anciens comme par les modernes, des fonctions intellectuelles proprement dites, il a été en outre investi par Gall de toute la partie instinctive de l'intelligence, qui était auparavant l'apanage du cervelet ou de la moelle allongée; et pour l'exercice de l'instinct comme pour celui de la pensée, il ne peut pas ne pas prendre connaissance de toutes les sensations dont la moelle allongée a été regardée anatomiquement comme l'organe propre. Indépendamment de ces deux attributions, qui rentrent dans le domaine de l'intelligence, il lui en a été dévolu, soit par la théorie ancienne, soit par les expériences modernes, deux autres qui n'ont pas ce caractère: d'abord l'excitation, la fusion des mouvemens volontaires; ensuite, une influence essentielle sur la production et la régularité des actes de la vie purement assimilatrice. Et si, pour la première de ces deux fonctions, on a cru pouvoir déterminer dans sa substance des parties spéciales, les corps striés et les couches optiques, chargées en outre jadis de fonctions intellectuelles, on n'a rien désigné de pareil pour l'influence que le cerveau exerce sur les actes intimes de la vie de nutrition; on n'y a pas seulement pensé, et pourtant cette faculté, cette fonction du cerveau est par sa nature la plus distincte de toutes celles qu'il exerce.

Et non-seulement on a ainsi attribué confusément, et dans une proportion variable, à chacune des trois principales divisions de l'encéphale, les diverses forces ou facultés des actes de la vie assimilatrice, des mouvemens, des sensations, de l'instinct, de l'entendement; mais encore on ne les leur a pas attribuées de la même manière; ou l'on a différé pour le siége à assigner à chacune de ces facultés dans la partie de l'encéphale où on la plaçait.

Ainsi le cervelet qui, suivant M. Magendie, est l'organe du mouvement en avant, suivant M. Serres est dans ses parties latérales seulement l'agent excitateur des mouvemens en général et de ceux des membres inférieurs en particulier. Suivant M. Flourens, il n'excite pas un mouvement : c'est l'office de la moelle allongée; mais il met de l'harmonie dans les mouvemens, il en est le régulateur. M. Rolando, au contraire, croit que le cervelet ne régularise pas les mouvemens, et à plus forte raison ne les ordonne point, deux choses qui sont l'affaire du cerveau; mais qu'il ne fait que donner aux muscles la faculté de se mouvoir d'après les ordres de ce dernier.

Quant aux tubercules quadri-jumeaux, si l'on s'accorde à leur attribuer deux fonctions bien distinctes par leur nature, une fonction de sensation relative au sens de la vue, et une fonction de motilité relative aux mouvemens des membres, encore n'est-on pas d'accord sur la manière dont ils exercent cette dernière; puisque tandis que la plupart des physiologistes leur attribuent un simple pouvoir d'excitation motile, M. Serres les regarde plus spécialement comme les régulateurs, les coordinateurs des mouvemens, fonctions que, au contraire, M. Flourens rapporte au cervelet, et Rolando à la moelle allongée et au cerveau.

Mais c'est surtout dans ce dernier organe, où viennent converger et pour ainsi dire se résumer toutes les fonctions, toutes les facultés de l'économie vivante, fonctions de la vie nutritive, fonctions de la vie de relation; c'est surtout, dis-je, dans le cerveau qu'ont dû être plus grandes et la difficulté d'assigner à ces diverses facultés des parties ou des organes séparés, et l'incertitude des observateurs à cet égard, et la diversité de leurs opinions.

Je laisse de côté celle qui fait de la substance blanche du cerveau l'organe des mouvemens, et de la grise celui de la pensée, ou, pour parler plus généralement, de la substance blanche du système nerveux central l'organe du mouvement, et de la grise celui du sentiment. Non-seulement elle est trop vague et trop peu applicable à la diversité des fonctions motiles et sensitives de l'encéphale, mais surtout elle est en contradiction avec une foule de faits anatomiques, physiologiques et pathologiques, qui permettraient tout aussi bien d'établir la proposition contraire.

Avant de passer à la discussion d'assertions moins légèrement émises, je ferai remarquer d'abord qu'il n'est pas une seule partie du cerveau, quelque bornée qu'elle soit et quelque intellectuelle qu'on la suppose, dont la lésion ne puisse avoir de l'influence, et souvent une influence très-grande, non-seulement sur l'altération de la pensée et de la sensation, mais encore sur celle des mouvemens volontaires et des actes de la vie organique. Il résulte de là tout d'abord que dans le cerveau même, dans la partie la plus intellectuelle du système nerveux central, les organes excitateurs de ces diverses fonctions, s'ils ne sont pas identiques, ont au moins entre eux des rapports tellement intimes que cela pourrait presque équivaloir à un manque de spécialité; mais ce n'est là qu'une conjecture dont il s'agit d'examiner la valeur.

J'ai déjà dit qu'on n'a pas pensé à rechercher les parties du cerveau sous la dépendance plus spéciale desquelles se trouvent placées les fonctions de la vie de nutrition. Quant aux mouvemens volontaires, on leur a plus particulièrement affecté les parties centrales de cet organe, qui sont les plus riches en substance grise, c'est-à-dire en substance surtout sentante, suivant certains auteurs; ces parties sont les corps striés et les couches optiques, et la partie la plus centrale de leurs radiations. Je ne mentionne point leur action croisée latérale, parcequ'elle ne fait rien aux questions de Psychologie que je discute : je ne m'arrête pas davantage à l'action croisée postéro-antérieure, et antéro-postérieure, qui ferait des couches optiques l'agent excitateur des mouvemens des membres supérieurs, et des corps striés celui des mouvemens des membres inférieurs, par la même raison; et ensuite parcequ'à mon avis cette opinion est non-seulement hasardée, mais fausse. Je ferai remarquer seulement, que les couches optiques qui sont d'après cela un organe des mouvemens, sont en outre, dans leurs rapports avec la vue, un organe de sensation; et ensuite que dans l'altération d'une partie quelconque du cerveau suivie de lésion des mouvemens, il y a tou-

jours et inévitablement lésion de l'intelligence, lésion quelquefois même plus marquée que celle de la motilité. Je n'ai pas vu un seul cas où il en fût autrement; et si, dans quelques faits rapportés par les auteurs, il a été tenu peu de compte de la lésion de l'entendement, c'est que ces auteurs purement pathologistes ne voyaient et ne décrivaient que ce qu'ils étaient dans l'habitude et que ce qu'il leur importait de voir et de décrire.

Quant à la partie du cerveau qui donne lieu aux sensations, elle est encore bien moins déterminée et bien plus difficile à l'être, que celle qui excite aux mouvemens volontaires; et cela, à raison du mélange perpétuel et nécessaire de la sensation et de tous les actes subséquens de la pensée. On a donné à la moelle allongée le nom de *sensorium commune*, comme pour dire qu'elle est l'organe des sensations; mais ce n'est là qu'une vue anatomique, ce *sensorium commune* n'est qu'un rendez-vous de nerfs, où il ne se fait que des impressions; et pour que ces impressions deviennent des sensations il faut de toute nécessité que le cerveau les perçoive; aussi presque toujours a-t-on confondu le *sensorium commune* avec le siége de la perception ou de la pensée ou de l'ame, et ce siége a varié suivant les bases d'où l'on est parti pour l'établir.

Ainsi la situation centrale et toute particulière de la glande pinéale, les deux brides par lesquelles elle semble conduire le cerveau, déterminèrent Descartes, et après lui Gaukes et Muralt, à regarder cet organe comme le siége de l'ame. Une position semblable du corps calleux et du *septum-lucidum*, et cette circonstance qu'ils sont un moyen d'union entre les deux hémisphères cérébraux, leur valurent le même honneur, au premier de la part de Bontekoë, Lancisi, Lapeyronie; au second, de celle de Digby, Kenalm, Duncan, etc. Des idées purement théoriques sur les fonctions intellectuelles du cerveau, au moyen de la formation et de la circulation des esprits animaux, engagèrent Galien, Boerhaave, Soemmering, à placer le siége du *sensorium commune* dans les parois des ventricules latéraux. Enfin, de semblables idées, jointes à l'importance du corps strié et de la couche optique, leur firent attribuer cette fonction par Willis, Pourfour-Petit, Saucerotte et Sabourant.

Ces divergences d'opinion prouveraient, si cela étoit nécessaire, que si, par une analyse de l'esprit, il est possible de distinguer la sensation de la pensée, il ne l'est point de leur assigner dans le système nerveux central des organes différens. C'est l'organe pensant qui doit aussi sentir; et cet organe, ce n'est pas la moelle allongée, mais le cerveau.

Mais la pensée est loin de n'offrir qu'une seule forme. Elle comprend une multitude d'états très-différens les uns des autres, et qui, dans tous les cas, peuvent se rapporter à un certain nombre de divisions principales tellement tranchées, qu'on a cru pouvoir leur assigner dans le cerveau des parties également distinctes, à l'instar des divisions établies par la nature pour la partie externe des viscères de la vie d'assimilation, et des organes du mouvement et des sens. J'ai déjà rappelé quelles avaient été anciennement les tentatives faites à cet égard, et j'ai dit de quelles bases on était parti en cherchant, par exemple, à déterminer dans l'encéphale les organes du jugement, de l'imagination, de la mémoire. Je ne veux faire que remarquer en ce moment qu'il n'y a ici guère plus d'accord entre les physiologistes qu'il n'y en avait et qu'il n'y en a encore entre eux, pour la détermination dans le cerveau des organes centraux des actions viscérales, des mouvemens et des sensations. En effet le *sensorium commune* ou le centre de perception, placé par les anciens dans les ventricules latéraux, l'a été par Descartes dans la glande pinéale, par Lapeyronie dans le corps calleux, par Willis, Vieussens, Duncan dans le corps strié, etc... La *mémoire* a son siége, suivant Galien et plusieurs philosophes scholastiques, dans la partie postérieure du cerveau, ou dans le cervelet, ou dans le ventricule de ce dernier organe; suivant Vieussens, dans le centre ovale; suivant Willis et Duncan, dans la substance corticale du cerveau. L'*imagination* réside, d'après Galien, dans la partie frontale de cet organe; d'après Vieussens, dans la partie supérieure des corps striés et dans le centre ovale; d'après Willis, dans cette dernière partie et le corps calleux; d'après Duncan, dans le corps calleux, et ainsi du reste. Tandis qu'au contraire la plupart des physiologistes plus modernes croient avec Vésale, Ridley, Haller, qu'on ne doit assigner aucun organe cérébral particulier au centre de perception, à l'imagination, à la mémoire, etc.; et que ces diverses facultés appartiennent chacune et indistinctement à tout l'ensemble du cerveau.

Cela n'a pas empêché Gall d'affecter dans l'encéphale des organes distincts à des facultés intellectuelles également distinctes. Mais il est parti d'une base psychologique différente de celle qu'avaient admise les auteurs de tentatives analogues et antérieures à la sienne; tentative qui du reste n'eut avec elles aucun point de comparaison. Les facultés primitives de Gall ne sont plus les facultés des écoles. Ce sont des facultés ralliant d'abord et essentiellement à elles tous les phénomènes des passions et de la volonté; des facultés qui sont des besoins, des sentimens, des aptitudes, et qui ont chacune pour modes d'action les facultés intellectuelles des écoles, ainsi que je l'exposerai ailleurs.

De même que les facultés primordiales de Gall ne sont point celles de l'ancienne psychologie, de même leurs organes dans l'encéphale ne sont point ceux qu'avaient vaguement assignés à ces dernières les anatomistes d'il y a plusieurs siècles. Ces organes, en effet, ne sont point pris dans l'intérieur du cerveau, mais à son extérieur ou à sa surface. Ce sont les circonvolutions que déjà avant Galien quelques médecins regardaient comme l'organe de l'intelligence, suivant une opinion que Galien lui-même n'était pas éloigné de partager, et dont Vésale le blâmait en la rejetant.

Bien que les circonvolutions cérébrales ne soient point isolées les unes des autres, et qu'elles se tiennent toutes d'une manière continue; bien qu'elles ne soient pas tout-à-fait semblables d'un hémisphère à l'autre, soit

sous le rapport de leur forme et de leur volume, soit même sous celui de leur nombre, et que souvent dans un des deux hémisphères on trouve une anfractuosité au lieu qui dans l'autre il est occupé par une circonvolution; Gall a néanmoins admis, dans les circonvolutions cérébrales de chaque hémisphère, vingt-huit organes distincts, disposés par paires congénères; et ce nombre, porté à trente-cinq par Spurzheim, ne peut manquer de s'accroître par les *progrès* de la phrénologie. Or, tout cela ne peut avoir lieu, non seulement sans changer la position, la circonscription, et par cela même la détermination des organes, mais surtout sans jeter plus que de l'incertitude sur la vérité du principe même de leur distinction, et sans montrer combien en physiologie sont difficiles et problématiques, pour ne pas dire plus, les divisions que la nature n'a pas établies elle-même pour les soumettre à l'appréciation immédiate de nos sens. (*La suite à un prochain numéro.*)

HISTOIRE D'UNE DANSE DE SAINT-GUY AVEC DES PHÉNOMÈNES DE VENTRILOQUIE, par M. MARC, membre titulaire de l'Académie de médecine.

LA GAZETTE MÉDICALE du 27 septembre 1834 contient une observation extrêmement curieuse d'une danse de Saint-Guy s'accompagnant de phénomènes extraordinaires.

J'ai eu, il y a 42 ans, l'occasion d'observer un fait presque semblable, et il a fait le sujet de ma thèse inaugurale publiée sous le titre de : *dissertatio inauguralis medica sistens historiam morbi rarioris spasmodici, cum breri epicrisi; Erlangæ*, 1792.

OBS. — Il s'agissait d'une fille de 11 ans, d'une constitution lâche, sujette à des affections vermineuses et muqueuses, qu'on avait combattues par une médication conforme à ces circonstances.

Vers la fin de février de 1791, elle fut prise, après un écart de régime, d'un vomissement muqueux et sanguinolent qui fut calmé par l'huile de momordica. A ce vomissement succéda l'excrétion menstruelle; car, malgré le jeune âge de l'enfant, elle était déjà réglée depuis quelque temps.

Huit jours après cet accident, on commença à observer chez elle, presque toujours vers onze heures de la nuit, de l'anxiété précordiale, de l'étouffement et des symptômes convulsifs qui souvent changeaient de forme et offraient un assemblage insolite de spasmes accompagné d'un état de somnambulisme. Ce somnambulisme, qui précédait ou suivait les accès, se manifestait assez souvent aussi pendant le jour, et lors de sa durée la malade se livrait, sans pourtant en avoir la conscience, à divers actes qu'elle avait l'habitude d'exécuter lorsqu'elle était dans l'état de veille.

La marche des accès était à peu près la suivante :

Immédiatement avant chaque accès, augmentation prodigieuse des forces musculaires; pouls accéléré, presque fébrile; hilarité accompagnée d'éclats d'un rire convulsif; bientôt rire sardonique; mouvemens spasmodiques des yeux suivis de l'immobilité du globe de chaque œil; refroidissement des extrémités inférieures; pâleur de la face; pouls petit, serré, tantôt intermittent, tantôt plus ou moins accéléré. Le sang paraît quitter la périphérie; il se concentre vers l'intérieur. Respiration petite et pénible; bas-ventre dur, tendu, bouffi. Surviennent ensuite des mouvemens convulsifs des membres. Ces mouvemens sont tantôt toniques, tantôt cloniques; parmi eux le trismus prédomine. Ils durent avec plus ou moins de violence pendant un quart d'heure, même une demi-heure, et se terminent presque toujours par quelques sauts précipités ou par plusieurs culbutes. Ces culbutes se répétaient quelquefois d'une manière étonnante. Un jour où la malade fut surprise à la promenade par son accès, je lui en ai vu faire une cinquantaine. Pendant que tout ceci se passait, elle conservait quelquefois sa connaissance; d'autres fois elle la perdait. Il survenait alors l'opisthotonos, le pleurotonos, l'angine spasmodique, rarement le tétanos universel, qui ne durait que très-peu de temps. Peu à peu ces mouvemens violens devenaient plus doux; les membres se contractaient alternativement, c'est-à-dire que le membre supérieur droit était convulsionné en même temps que le membre inférieur gauche, et le membre supérieur gauche en même temps que le membre inférieur droit. Il survenait une sueur copieuse suivie quelquefois de sommeil. Après l'accès, la malade disait souvent avoir bien dormi, ne ressentait même quelquefois aucune fatigue, embrassait ses compagnes et se livrait avec elles à des jeux enfantins.

Ces accès arrivaient ordinairement le soir, après dix heures. On les faisait cesser quelquefois par des frictions aux pieds; mais presque toujours ils reparaissaient bientôt avec plus de violence.

Ils se comportèrent de la manière qui vient d'être dite depuis la fin de février jusqu'au 14 avril. A cette époque se manifesta un phénomène des plus extraordinaires. Je le rapporterai tel que je l'ai consigné dans ma thèse, afin qu'on puisse mieux juger sa similitude avec celui que le docteur Plath a fait connaître.

« Sic se habebat insultuum decursus, inde à fine februarii usque ad diem 14 aprilis. Nunc vero novo quodam augebantur phænomeno, difficillime explicando! strepitu scilicet in articulationibus, illi simili, quem mures rodendo in parietibus excitare solent, vel qui aud tur, dum unguibus asseres transverse radimus. Hic strepitus in quamcumque supellectilem, ab ægrota tactam, transire videbatur, ac si ex illâ proveniret, non ex hujus corpore; et supellectilis ingenio respondebat et indole, et vi; ita ut, exempli causa, ægra sella imposita, strepitus in sellæ ligno quasi perciperetur. »

Le 16 et le 17 avril, le même bruit fut observé, quoiqu'à un degré moindre. Le 17, on fit faire à la malade une promenade en voiture, et depuis ce moment elle n'éprouva aucun accès pendant huit jours; mais le 21, après s'être bien portée pendant toute la journée, elle éprouva un accès vers dix heures du soir, et le somnambulisme se prolongea jusqu'à trois heures.

Je ne suivrai pas plus loin le journal de la maladie. Il suffira de dire qu'une saignée fut pratiquée le 2 mai après un accès des plus violens; qu'à dater de cette époque les paroxysmes devinrent de plus en plus faibles, et qu'ils cessèrent complètement vers la fin du mois.

Je n'entrerai dans aucune explication sur cette singulière maladie bien que dans ma thèse j'aie cherché à en donner une. Toutefois je ne suis pas éloigné aujourd'hui de lui assigner une origine semblable à celle du cas dont parle le docteur Plath.

Mon but principal était de confirmer la vérité de l'observation de ce médecin, et je le puis avec d'autant plus d'assurance que non-seulement j'ai rendu les plus célèbres professeurs de l'université témoins du phénomène extraordinaire qui s'est offert à mon observation; mais que je me suis méfié et garanti de toute déception en faisant mettre la malade dans un état complet de nudité, et en la portant ainsi au moment où l'on ne s'y attendait pas dans un autre appartement, sans que le bruit de grattement inexplicable ait cessé pour cela de se reproduire. MARC.

N° DU 22.

PHYSIOLOGIE DU CERVEAU.

—

DE LA SPÉCIALITÉ ORGANIQUE CONSIDÉRÉE DANS LES FONCTIONS INTELLECTUELLES DU CORPS HUMAIN, par F. LÉLUT.

(Suite et fin. V. le numéro du 15, p. 338.)

La nature a soumis à l'appréciation de sens la division des organes externes, tels que ceux des fonctions assimilatrices, ceux du mouvement et de la sensibilité, et les nerfs qui joignent ces parties au système nerveux central, et enfin les parties plus ou moins profondes de ce système, dans lesquelles s'enfoncent ces cordons de transmission. Quelquefois pour faciliter cette appréciation, elle nous a obligés d'appeler à notre aide l'anatomie humaine et comparée, la physiologie expérimentale et les données de la pathologie. Mais, dans tous les cas, les distinctions organiques qu'elle a faites sont, comme je l'ai dit, soumises à l'appréciation de nos sens, soit dans l'action même de l'organe, soit dans ses résultats. Là se borne ce que nous savons de certain sur la division anatomique des parties, et sur la spécialité de leurs usages; et l'existence dans le système nerveux central d'organes distincts pour les diverses fonctions assimilatrices dont nous voyons les instrumens, non-seulement n'est en rien démontrée, mais encore ne semble pas plus nécessaire que ne le serait celle de forces viscérales, respiratoire, circulatoire, digestive, distinctes l'une de l'autre. Tout ce qu'on sait et tout ce qu'on conçoit, c'est que le système nerveux central a la puissance de faire respirer le poumon, battre le cœur, digérer l'estomac, au moyen de nerfs qui l'unissent, l'identifient à ces organes; et c'est à peine si cette puissance pour chacune de ces fonctions paraît résider d'une manière un peu plus spéciale aux endroits de ce système d'où partent les nerfs propres du viscère.

Or, dans les fonctions intellectuelles du cerveau, il n'y a plus ni organes extérieurs, ni cordons nerveux de transmission, au moyen desquels on puisse rapporter à telle ou telle partie de l'encéphale les forces ou facultés qu'elles supposent; et par cela même ces forces, au lieu d'être sur la même ligne que les forces viscérales dont je parlais tout à l'heure et auxquelles on peut à la rigueur accorder, dans le système nerveux central, quelque spécialité de siége, ne semblent, *à priori*, nécessiter aucune distinction anatomique, aucune spécialité d'organes; et il n'implique pas contradiction que le cerveau sente, pense, en un mot agisse de masse dans chacune des espèces différentes d'actes intellectuels auxquels cette action donne lieu. On peut le regarder au contraire comme doué, dans toute sa masse indistinctement, d'un certain nombre de forces distinctes, soit morales, soit intellectuelles, comme chaque molécule de matière inorganique ou non vivante est elle-même douée de forces distinctes, la force électro-magnétique, la force centripète, la force centrifuge, les diverses forces d'affinité chimique, etc. Dans ce cas, chaque aptitude cérébrale, chaque faculté intellectuelle primordiale, serait le résultat d'une modification spontanée et diverse de tout l'encéphale agissant dans le mode courage, destruction, comparaison, etc., pour me servir du langage de la phrénologie. Je ne vois rien là de contradictoire, rien qui empêche de penser qu'il puisse en être ainsi. Et cela est si vrai, il y a si loin des fonctions intellectuelles aux fonctions physiques proprement dites, sous le rapport des distinctions à établir entre elles dans chacun de ces ordres de fonctions; cette distinction, si évidente pour ces dernières, l'est si peu pour les autres, qu'elle n'est la même dans aucun système de psychologie, et qu'elle offre des différences dans les travaux même des divers disciples de la phrénologie. Il semblerait au contraire que les fonctions intellectuelles ne comportent pas de distinction absolue, de distinction surtout qui suppose un organe propre à chacune d'elles, et cela à raison du perpétuel mélange de tous les actes intellectuels ou moraux, mélange d'où résultent ces sentimens et ces passions complexes dans la composition desquelles la phrénologie n'est pas toujours d'accord avec elle-même et qui n'a aucun analogue dans les fonctions toutes physiques de l'organisme.

Si l'on voulait rapprocher de ces dernières les fonctions intellectuelles, ce ne serait point à l'action des organes proprement dits de la vie d'assimilation qu'il faudrait les comparer, mais à l'action intime ou viscérale du système nerveux central considéré dans ses rapports d'excitation avec celle de ces organes; à ce que Bichat a appelé sensibilité organique, sorte de sensibilité sans sentiment, qui, reportée à sa source ou à son véritable siége, l'appareil encéphalo-rachidien, pourrait tout aussi bien s'appeler intelligence organique ou assimilatrice. Ce que sont à cette intelligence, à cette action viscérale et non sentie du système nerveux cen-

tral les divers organes de la vie de nutrition ou sans conscience, les sens extérieurs et les organes soit actifs, soit passifs des mouvemens volontaires le seraient à l'action intellectuelle ou avec conscience de ce système. Ce seraient des instrumens, des organes externes; ce seraient en outre, pour les actes de l'entendement, les moyens d'une manifestation perçue par les sens, et ajoutée à celle dont nous instruit le sentiment de ces actes, ou le fait de conscience.

C'est donc à tort que la phrénologie, plaçant sur la même ligne les fonctions tout-à-fait physiques du corps humain et les fonctions intellectuelles, par exemple, les fonctions du foie et celles du cerveau, conclut des unes aux autres pour la spécialité de leurs organes. Les fonctions ne sont point du même ordre; et leur formule, leur action générale est entièrement différente, ainsi qu'il me reste à le montrer.

Quand un muscle ou un faisceau du muscle entre en action pour déplacer un membre; quand la vessie se resserre pour expulser l'urine, quand le poumon, par sa contractilité propre, rejette l'air qu'il a aspiré, quelle est la notion commune à ces trois fonctions et à toutes celles du même ordre? c'est la notion du mouvement. Pénétrons plus avant dans l'accomplissement des fonctions physiques. Dans les organes de sécrétion, d'exhalation, et d'absorption dans le foie, le rein, la parotide, les vaisseaux exhalans et absorbans, la fonction n'a lieu qu'en vertu du mouvement du sang ou d'un autre liquide, dans des vaisseaux qui, malgré leur ténuité, ou plutôt à cause de cette ténuité même, sont bien loin d'être inertes, et qui dans toutes les hypothèses sont au moins élastiques. Le produit de la sécrétion lui-même, par quoi et en quel moment nous devient-il appréciable, est-il quelque chose pour nous? c'est au moment où nous le voyons sortir par des orifices, se mouvoir dans des canaux qui eux-mêmes ne sont pas plus inertes que les parois des vaisseaux sanguins.

Ainsi donc, tout, dans les fonctions physiques de l'économie animale, se traduit pour nous en la notion du mouvement. Cette notion est donc la formule, la notion nécessaire de toute fonction physique. J'ajoute qu'elle en est la notion exclusive et différentielle. Les fonctions intellectuelles en ont une autre.

Le mouvement d'un muscle qui obéit à la volonté, celui de l'œil qui va au-devant d'une sensation visuelle, de la langue qui presse contre le palais une substance sapide, ce n'est pas la pensée, ce n'est pas même la sensation. La pensée, ce n'est pas non plus cette fixité, cette profondeur de regard qui caractérise la réflexion, ce tumulte des traits de la face, ces éclairs de la vue qui annoncent la violence des passions. La pensée est l'occasion de tout cela; mais ce n'est pas un mouvement, c'est un état. Qu'on la prenne dans sa sensation la plus simple, dans le sentiment de l'appétit le plus grossier ou bien dans la réflexion la plus complexe ou le raisonnement le plus métaphysique, la pensée n'est jamais que cela, un état; quelque chose qui implique plutôt le repos que le mouvement, et qui, dans tous les cas, n'a rien de commun avec ce dernier.

C'est justement cette différence entre les faits physiques de l'économie humaine et les faits psychologiques, entre le mouvement qui est la formule des premiers, et l'état, le sentiment, qui est celle des seconds; c'est justement cette différence qui, bien ou mal appréciée, bien ou mal définie, a de tout temps fait admettre cette distinction entre l'esprit et la matière, qui est trop ancienne et trop généralement reçue pour ne pas avoir dans la nature des choses au moins quelque apparence de fondement. On se disait que, puisque les faits de mouvement que nous transmettent, soit chez nous, soit chez les autres les sens extérieurs, sont produits par les organes, le corps, la matière, en un mot; les autres faits, les faits psychologiques, qui nous sont connus d'une tout autre manière, c'est-à-dire sans l'intermédiaire des sens et par le sentiment intérieur et la réflexion, doivent avoir une cause différente qui ne soit pas la matière; et voilà une substance immatérielle, l'esprit. Ce raisonnement n'était point exact, mais il n'était pas absurde. Sans doute la matière est la condition des faits physiques, puisqu'ils ne sont que cette matière elle-même agissant. Mais il ne s'ensuit pas de là que la matière, arrangée d'une certaine façon, ne puisse pas être la condition des états intellectuels : le soutenir serait aller contre l'évidence des faits. Et c'est là ce que n'avait point osé faire, même il y a plus d'un siècle, un philosophe tout à la fois spiritualiste et religieux, Locke, qui croyait que Dieu pourrait, si cela lui plaisait, donner à la matière la faculté de penser. L'antique distinction entre la matière et l'esprit ne fait donc que formuler la différence fondamentale qui existe entre les faits physiques et les faits psychologiques de l'économie animale; mais elle la formule d'une manière on ne peut plus significative.

Il résulte de tout ce que je viens de dire qu'il n'y a pas de parité absolue à établir entre les fonctions intellectuelles, soit sous le rapport de la nature et de la notion générale des faits qui les constituent, soit sous le rapport de la spécialité de ces fonctions et de leurs organes; et que, si cette spécialité est acquise aux organes des fonctions tout-à-fait physiques, elle ne l'est point aux parties du système nerveux qui les excitent à agir, et que bien moins encore implique-t-il contradiction que le cerveau sente, pense, en un mot, agisse de masse dans toutes ses manifestations morales et intellectuelles. Or, comme c'est pourtant sur cette parité que reposent toutes les preuves générales que Gall a cru donner de la nécessité d'admettre *à priori* dans l'encéphale autant d'organes que d'ordres à peu près distincts de faits intellectuels, il s'ensuit qu'en masse et de prime-abord ses raisonnemens et ses preuves portent à faux, et n'ont pas besoin d'une autre réfutation.

Mais comme d'un autre côté, et malgré la difficulté extrême, l'impossibilité peut-être d'admettre des facultés intellectuelles bien distinctes les unes des autres; comme, dis-je, il ne semble pas impliquer contradiction qu'il y ait dans le cerveau des parties spécialement affectées à la manifestation de tel ou tel penchant, de telle ou telle aptitude, de telle ou telle faculté pri-

mordiale en un mot; ce serait à l'observation seule, à l'observation directe à décider la question, en cherchant à l'extérieur de l'encéphale ce que Gall a dû appeler dans sa manière de voir, des sens internes ou sans appareil extérieur. Or, c'est là très-certainement ce qu'elle n'a pas encore fait, et ce que probablement elle n'est pas capable de faire. Quand on examine dans l'ouvrage même de Gall ou dans ceux de ses disciples, les preuves de détail destinées à établir que telle ou telle circonvolution est bien l'organe de tel ou tel penchant, de telle ou telle aptitude, on est frappé de leur faiblesse, de leur nullité même, et de la complaisance souvent naïve qui a converti en démonstrations des circonstances indifférentes ou des rapprochemens inexacts. La facilité même avec laquelle la phrénologie rallie à son système de localisation toutes les organisations cérébrales transcendantes, soit dans le bien, soit dans le mal, loin d'être un argument en sa faveur, doit prévenir contre elle et contre l'exactitude, je ne dis pas la bonne foi de ses observations. Dans des matières aussi difficiles, aussi litigieuses par leur nature, la vérité n'est pas si aisée à reconnaître et encore moins à démontrer. La phrénologie n'a du reste jamais tenté la contre-épreuve de ses démonstrations; elle n'a jamais cherché, par une suite nombreuse et contradictoire d'observations, si, avec une conformation cérébrale donnée, ne peut pas exister indifféremment la psychologie la plus différente de celle qu'elle croit corrélative à cette conformation; et, si elle l'eût tenté, elle n'eût pas tardé, je crois, à se convaincre de l'insuffisance de ses prétentions. Toutes les fois, en effet, qu'on a cherché à constater d'une manière rigoureuse et métrique la prédominance supposée de tels ou tels organes, en regard de telle ou telle aptitude morale, la phrénologie s'est trouvée en défaut, et il a été prouvé qu'elle avait vu avec des yeux au moins prévenus. Et pourtant cette contre-épreuve d'une part, et de l'autre cette méthode d'observation seraient les seuls moyens de donner à ses hypothèses quelque degré de probabilité.

Il ne faut pas croire pourtant que tout ce qui a été écrit sur l'existence d'organes intellectuels distincts dans le cerveau ait été complétement inutile pour les progrès de la philosophie. Loin de là : les sept ou huit volumes d'assertions de Gall sur ce sujet ont eu pour résultat d'appeler non-seulement l'attention de l'esprit, mais celle des sens sur son système de psychologie; de le rendre pour ainsi dire accessible à la vue, et de forcer les médecins et les philosophes à discuter ses facultés, quand ils croyaient ne faire que combattre ses organes. Si Gall se fût borné à dire que le cerveau est en masse l'instrument des nouvelles facultés intellectuelles qu'il proposait, son système eût peut-être passé inaperçu, ou au moins eût-il été long-temps à conquérir la place qu'il me semble réclamer en psychologie. Gall a dépassé le but, mais pour l'atteindre; comme, aux jeux de l'hippodrome, il fallait dépasser la borne pour remporter le prix. Et peut-être que cette idée lui est quelquefois venue au milieu des doutes que ne peut manquer de laisser dans l'esprit l'examen de questions de cette nature.

Je viens de montrer longuement qu'il existe entre les faits physiques et les faits psychologiques du corps humain, relativement à leur nature, à la notion générale des fonctions auxquelles ils se rapportent, aux rapports qu'il y a entre eux et leurs organes, une différence fondamentale, qui ne permet pas de conclure des uns aux autres pour l'identité absolue de toutes leurs conditions matérielles, et qui semble, dans les seconds, repousser plutôt qu'admettre la spécialité organique que les sens trouvent toute faite dans les premiers. Il resterait à faire voir qu'il existe également entre les organes des uns et des autres des différences de forme et d'organisation on ne peut plus tranchées, et qui peuvent marcher en regard des différences existant entre les deux ordres des faits auxquels ils donnent lieu; c'est ce que je me propose de faire dans un travail que je prépare en ce moment.

CLINIQUES ÉTRANGERES.

—

Hôpital de Westminster. — Service de M. Roe,

DE QUELQUES MÉTHODES DE TRAITEMENT EMPLOYÉES DANS LE RHUMATISME. — DE L'EMPLOI DU CARBONATE DE FER; par M. Leach, interne à cet hôpital (1).

Il est peu de maladies contre lesquelles on ait vanté un aussi grand nombre de moyens différens que le rhumatisme; et cependant il est quelques-uns de ces moyens dont l'action doit être si diamétralement opposée que l'on est obligé de supposer qu'il existe des formes différentes de cette maladie, et ce qui convient dans l'une est nuisible dans une autre. Nous prendrons pour exemple le quinquina et le colchique, qui sont employés journellement dans le traitement du rhumatisme à l'hôpital de Westminster, et avec des succès presque égaux. M. Leach cherche a établir la distinction des cas où l'on doit employer chacune de ces substances; le quinquina convient toutes les fois qu'il y a faiblesse, anémie, et que l'état du malade réclame un traitement tonique; dans ces cas peu importe quelle est la cause de cette condition de l'économie, qu'elle vienne d'une lésion organique ou d'un simple trouble fonctionnel, le quinquina est indiqué.

Le colchique agit sur les reins, les intestins et le système capillaire; et si on le préfère aux autres moyens analogues; c'est parce qu'il décharge le système capillaire sans agir trop fortement sur les forces générales. Voici maintenant les circonstances dans lesquelles on l'administre : c'est surtout lorsque la constitution est forte et vigoureuse, la peau chaude et sèche; le pouls

---

(1) *The London medical Gazette.*

fort et plein; les intestins resserrés et les autres fonctions partiellement suspendues. Ce médicament peut agir aussi par l'intermédiaire du système nerveux; alors il est, comme on dit, *toléré* et il reste sans action appréciable sur les intestins et les autres organes; mais dans le plus grand nombre des cas, l'amélioration ne survient qu'après qu'il a produit une dérivation sur le tube digestif ou sur les reins. Il se présente quelquefois des cas où le médicament est indiqué et où cependant il existe quelque circonstance qui peut rendre son emploi nuisible. Dans ces cas, les médecins de l'hôpital de Westminster le combinent avec quelque préparation d'opium. S'il y a de la diarrhée, c'est la poudre de Dower qu'ils préfèrent; et comme le rhumatisme est ordinairement accompagné d'une odeur rance et acide des sécrétions, ils y ajoutent un peu de carbonate de soude et un léger laxatif. Lorsque, au contraire, l'état de l'économie par sa plénitude réclame des évacuations, c'est le vin des bulbes de colchique qu'ils emploient, parce qu'il jouit de propriétés drastiques plus énergiques que celui des semences, qui est préférable lorsque l'état des malades ne permettrait pas l'emploi d'un débilitant aussi énergique et aussi invariable dans ses effets que le vin de bulbe. Le colchique a, comme la digitale, une disposition à s'accumuler dans le système, et à produire, au bout d'un certain temps, ses effets les plus violens sans aucun signe précurseur. Il est donc indispensable de surveiller son action avec soin, et de le donner à petite dose en n'augmentant que graduellement. Si cependant on se croyait obligé de l'administrer à fortes doses, on éviterait de débiliter le sujet par d'abondantes saignées et un trop grand nombre de bains tièdes. Toutefois il est bon, lorsque l'état des forces le permet, de faire précéder l'emploi de ce médicament d'une saignée et d'un bain tiède : il agira alors beaucoup plus promptement.

RHUMATISME TRAITÉ PAR LE COLCHIQUE.

Obs. I. Cocks, tailleur, bien constitué, âgé de 24 ans, habituellement bien portant, est admis le 14 août 1834 dans le service du docteur Roe. Les mains, les genoux et le coude sont gonflés avec chaleur et douleur qui diminue un peu sous l'influence de la chaleur. La peau est sèche et chaude; la langue blanche et jaune; la soif est vive; il y a des nausées et aversion pour les alimens; les selles sont régulières; le pouls donne 64; il est plein et flexible. Cocks rapporte que quinze jours avant, étant à boire, il resta exposé à une forte pluie, et négligea ensuite de changer ses vêtemens. Bientôt il fut pris de douleurs rhumatiques d'abord dans les épaules, et qui ensuite gagnèrent les autres articulations.

Le malade prendra trois fois par jour une once de la potion suivante.

Prenez :	Vin de colchique.	4 gros.
	Carbonate de soude.	2 gros.
	Mixture camphrée.	8 onces.

Il prendra en outre dix grains d'ipécacuanha, et recevra très-peu d'alimens.

Le lendemain 15, il y a eu des selles liquides fréquentes; la chaleur, la douleur et le gonflement des articulations sont considérablement diminués; le malade transpire abondamment; sa langue est humide et commence à se débarrasser de l'enduit jaunâtre qui la recouvrait; il accuse plus d'appétit, et le pouls offre à peu près les mêmes caractères.

On cesse l'usage de la potion de colchique. Le malade prendra cinq grains d'ipécacuanha trois fois par jour, et mangera un peu de pudding au riz.

Le 16, l'aspect est meilleur; la transpiration très-abondante, la langue nette et humide; les selles continuent liquides. On continuera l'ipécacuanha à la même dose.

Le 17, la diarrhée est arrêtée, et le rhumatisme est maintenant borné aux articulations carpiennes; l'urine est plus abondante, et le pouls dans le même état.

Le 19, la douleur rhumatique a presque complétement disparu; le pouls donne 60, est plein et compressible. Le malade prendra la poudre de rhubarbe combinée avec le carbonate de soude.

Il entre en convalescence.

Le docteur Roe cesse ordinairement l'usage du colchique aussitôt que la diarrhée est survenue, et le remplace ordinairement par la poudre de Dower.

M. Leach met en opposition à cette observation la suivante, où il pense que le succès a été dû à l'emploi du quinquina. Nous allons l'analyser sans toutefois garantir les inductions qu'en tire le rapporteur, mais seulement afin de mettre le lecteur à même de connaître la pratique du médecin de l'hôpital de Westminster.

RHUMATISME TRAITÉ PAR LE QUINQUINA; GUÉRISON.

Obs. II. — J. Smith, âgé de 50 ans, cordonnier, fut admis à l'hôpital dans le service du docteur Roe le 14 août 1834, et présenta les symptômes suivans : Amaigrissement notable; dilatation considérable des veines des extrémités supérieures qui sont bleuâtres, et suivent une marche très-tortueuse; douleur et tuméfaction des poignets, des genoux et aux coudes; quelquefois le froid diminue la douleur; dans d'autres circonstances, au contraire, elle cède facilement à la chaleur. La peau offre la chaleur normale et de la moiteur; constipation habituelle; langue nette, humide et tremblante; pouls à 96, vif et développé. Il rapporte que cinq semaines avant, il s'était exposé au froid et à l'humidité, avait négligé de changer d'habits, et n'avait pris que peu de mauvais alimens. Il fut à la suite pris d'une fièvre rhumatique générale pour laquelle il suivit un traitement qui ne lui procura qu'un soulagement momentané.

Le malade prendra toutes les quatre heures une once de la potion suivante :

Prenez : Sulfate de quinine, — de fer, } de chaque, 8 grains.

Acide sulfurique,	15 gouttes.
Mixture camphrée,	8 onces.

Il prendra en outre une poudre cathartique et sera soumis à une diète légère.

Le 15 août. La constipation a cessé; la douleur des genoux et des coudes a considérablement diminué; mais le poignet droit et les articulations des phalanges sont plus douloureux, et offrent un léger gonflement. Le malade accuse de l'appétit. (On appliquera sur le poignet gauche un cataplasme avec 20 grains d'extrait de ciguë; pour alimens, pudding au riz.)

Le 16, l'aspect du malade est beaucoup meilleur; le pouls donne 84; l'appétit est bon; les douleurs du poignet sont beaucoup moins vives; il dort peu la nuit; les selles continuent régulièrement. (Poudre d'ipécacuanha, 10 grains.)

Le 17, le poignet gauche est seul douloureux, et encore l'est-il beaucoup moins depuis deux jours.

Le 18, la langue est nette et moins tremblante; le tube digestif n'offre rien d'anormal; les forces du malade augmentent et les douleurs diminuent; le pouls donne 82, plus plein.

Le 19 et le 20, il ne reste plus que quelque sentiment de gêne passagère dans le poignet gauche, qui offre encore un peu d'empâtement. Le malade entre en convalescence.

Le docteur Roe traite par cette méthode les sujets chez lesquels la douleur et le gonflement des articulations tiennent à un état de débilitation prononcée; et M. Leach affirme qu'il le fait avec succès. Quand le rhumatisme est borné à une seule articulation et détermine des douleurs lancinantes, le même praticien dit avoir employé avec un soulagement considérable l'application d'un cataplasme de ciguë et de mie de pain.

Nous allons voir l'application de la même méthode dans un cas beaucoup plus grave, et dans lequel, d'après les idées qui ont cours généralement parmi nous, le traitement employé semblerait devoir être plus nuisible qu'avantageux.

PÉRIOSTITE RHUMATISMALE TRAITÉE PAR LES TONIQUES; GUÉRISON.

Obs. III. — Long, âgée de 32 ans, mère de cinq enfans, est admise le 4 juin dans le service du docteur Roe; elle est brune, très-maigre, et paraît extrêmement faible; elle se plaint d'éprouver dans presque tous les os des douleurs très-fortes, surtout la nuit, et qui l'empêchent de dormir. Les parties extérieure et inférieure de l'humérus gauche et du fémur droit étaient extrêmement gonflées. La partie postérieure de la tête du tibia gauche, et une portion du péroné étaient aussi gonflées et très-douloureuses à la pression; mais il n'y avait sur ces points ni douleur ni aucun changement de coloration de la peau. Sa voix est extrêmement altérée, et en regardant dans la bouche on voit que la luette et une partie du voile du palais ont été détruites. La peau est fraîche; le pouls très-faible, à 72; la respiration est naturelle; la langue nette; les selles régulières; l'appétit peu développé; l'urine, fortement colorée, présente un dépôt farineux. Depuis vingt-deux mois qu'elle est malade, ses règles sont complétement arrêtées; mais à l'époque où elles devraient paraître, elle éprouve dans le dos et les reins de fortes douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement; elle rapporte qu'à l'âge de 9 ans elle eut la scarlatine, qui fit beaucoup de ravages dans le village qu'elle habitait; beaucoup d'enfans en moururent; elle eut une ulcération de la gorge qui fit tellement de progrès qu'en peu de jours elle perdit la luette et la plus grande partie du voile du palais. Depuis cette époque, elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a vingt-deux mois; alors, après avoir passé une journée entière à laver, elle fut prise subitement, pendant qu'elle allaitait son enfant âgé de deux mois, de fortes douleurs dans le coude gauche, augmentant par la chaleur, avec soif, anxiété, chaleur à la peau et une fièvre très-forte. Elle fut obligée de garder le lit pendant plusieurs semaines. Au bout de deux mois environ, la douleur passa dans l'épaule gauche et ensuite dans les extrémités inférieures. Les douleurs des articulations diminuaient graduellement, et le périoste des os du bras gauche, de la jambe et de la cuisse droites devint très-douloureux, sensible au toucher, et au bout de quelque temps manifestement gonflé. La santé alla continuellement en déclinant depuis cette époque, et elle fut obligée de venir à Londres se faire soigner.

La malade prendra trois fois par jour une demi-once de la potion suivante :

Prenez :	Décoction de quinquina,	8 onces.
	Carbonate d'ammoniaque,	1 gros ss.

En outre, un bain tiède chaque jour et une diète légère.

Le 6 juin, elle se plaint que la potion produit des spasmes à la gorge et qu'elle ne peut la prendre. Les points gonflés des os sont moins douloureux.

La malade remplacera la potion par la poudre suivante, qu'elle prendra trois fois par jour :

Prenez :	Sulfate de quinine,	de chaque, 2 grains.
	— de fer,	
	Poudre d'opium,	Demi-grain.

Le 14, les tumeurs sont moins douloureuses; cependant la malade se plaint encore des articulations; la chaleur de la peau et la fièvre ont entièrement disparu. Comme c'est l'époque où elle devrait avoir ses règles, on lui fait appliquer 6 sangsues à la vulve, et les douleurs des reins et du dos cessent, mais les menstrues ne viennent pas. Cependant elle restait toujours très-faible. On lui ordonna de prendre trois fois par jour la poudre suivante :

Prenez :	Carbonate de fer,	Demi-once.
	Quinquina en poudre,	20 grains.

En outre, elle continuera le mélange de poudre de

rhubarbe et de carbonate de soude, ainsi que l'usage des bains.

Depuis cette époque, sa santé s'est continuellement améliorée ; elle a repris de l'embonpoint et des forces ; les douleurs des articulations et le gonflement du périoste ont été en diminuant graduellement, et elle a quitté l'hôpital le 29 juillet, ne conservant plus aucune trace de sa maladie.

Emploi du carbonate de fer. Le carbonate de fer est l'un des médicamens que l'on emploie le plus fréquemment à l'hôpital de Westminster. Les médecins de cet hôpital y ont recours toutes les fois que, dans une maladie, il n'y a ni fièvre ni dureté du pouls, et qu'il se présente quelqu'un des symptômes suivans : maigreur extrême ou empâtement des tégumens, couleur plombée et marche tortueuse des veines superficielles, ce qui indique une grande inégalité entre les systèmes veineux et artériel ; aspect pâle et luisant de la conjonctive ; délicatesse et transparence remarquables de la peau ; vitesse et mollesse du pouls ; dérangement des fonctions digestives, et appétit vorace pour les liquides. Il y a des cas d'apathie, d'inactivité, approchant même quelquefois de la léthargie, où la saignée fournit une proportion très-considérable de sérosité et une très-minime quantité de coagulum ; dans ces cas le carbonate de fer convient éminemment. Il y a aussi quelques individus chez lesquels certains organes offrent une tendance particulière à la congestion, (tels sont principalement la bouche, le cerveau et le foie), et chez lesquels, si l'on n'administre pas le fer à temps, il survient, à une époque un peu plus éloignée, de l'anasarque et une diminution notable de la quantité d'urine.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

HORN'S, NASSE'S AND WAGNER'S ARCHIV.

(Janvier et février 1834.)

OBSERVATIONS ET REMARQUES TIRÉES DE LA PRATIQUE, par le docteur NASSE.

1° *Une petite dose de quinquina ou de sulfate de quinine donnée peu de temps avant l'accès suffit pour la guérison d'une fièvre intermittente.*

D'après le docteur Nasse, trois gros de quinquina ou quatre à six grains de sulfate de quinine administrés dans une fièvre dont les paroxismes se suivent, la première dose une heure et la seconde immédiatement avant chaque accès, suffisent pour la guérison de la maladie. L'auteur croit que, dans les cas où l'on donne le remède pendant tout l'intervalle apyrétique, la dernière dose seule coupe la fièvre. Partout où le quinquina administré ainsi à petite dose a manqué son effet, il a échoué aussi à plus forte dose. Le docteur Nasse se demande si une petite quantité de quinine étant suffisante pour arrêter une fièvre d'accès, une plus forte ne devient pas nuisible en irritant la muqueuse gastro-intestinale et ne facilite point ainsi les récidives. Des expériences comparatives que l'auteur n'a encore pu faire, peuvent seules donner une solution à cet égard.

2° *De l'emploi de la digitale contre l'épilepsie développée à la suite d'une frayeur.*

M. le docteur Nasse a remarqué que certaines épilepsies survenues à la suite d'une frayeur s'accompagnent par fois d'un surcroît d'activité du cœur qui se trahit par de fortes palpitations dans l'intervalle des accès. Dans ces sortes d'épilepsie dont le point de départ paraît être l'organe central de la circulation, le professeur de Bonn emploie avec succès la digitale, lorsqu'il n'existe point encore d'altération dans l'appareil cérébro-spinal. Suivant les cas, il fait quelquefois précéder l'emploi de ce remède par des émissions sanguines ; il recommande aussi d'entretenir la liberté du ventre au moyen de purgatifs salins.

3° *Quelques mots sur les lavemens nutritifs.*

Quand on administre des lavemens nutritifs, il ne faut point perdre de vue que le gros intestin n'est point un organe de digestion, et que les liquides pour être convertis en sang ont de même que les alimens solides besoin d'être soumis au travail de la chylification. Il se trouve bien de la bile dans le gros intestin, mais aucun des fluides salins qui servent à la digestion. Pour y suppléer, le docteur Nasse fait ajouter aux bouillons une quantité suffisante d'acide hydrochlorique pour leur donner une saveur aigre : de plus, il laisse macérer préalablement dans l'estomac d'un bœuf encore frais les substances végétales qui doivent entrer dans la composition de ces sortes de lavemens.

4° *Moyen prompt et facile pour opérer la réduction des tumeurs hémorrhoïdales.*

Le docteur Nasse a fait construire à cet effet une sorte de fauteuil dont le siége est élevé et avance jusqu'à mi-cuisses ; de plus le coussin est rembourré de crin de cheval, et façonné comme la partie supérieure du dos d'un sopha. Quand on est assis sur un pareil siége, la plus grande partie du poids de l'abdomen porte en avant, de manière que la région sacro-périnéale n'en supporte que très-peu.

Les personnes qui souffrent de tumeurs hémorrhoïdales sorties hors du rectum, restent parfois de cinq à six heures sur un siége ordinaire jusqu'à ce qu'elles soient réduites. Mais sur le fauteuil que nous venons de décrire cette réduction s'opère au bout d'une heure et au plus d'une heure et demie. On a de cette manière moins d'inflammation à craindre, et moins souvent besoin de recourir à un traitement antiphlogistique ; le danger de l'ulcération devient aussi moins fréquent.

Peut-être, ajoute le professeur Nasse, a-t-on quelque raison d'espérer d'arriver, par ce moyen long-temps continué, à une répression graduelle et complète des tumeurs hémorrhoïdales.

OBSERVATIONS DE MÉDECINE PRATIQUE, par le docteur Kœchling.

GUÉRISON D'UN DIABÈTE SUCRÉ.

Obs. — Christophe M..., âgé de 30 ans, ayant joui d'une bonne santé jusqu'à sa vingt-troisième année, ressentit à cette époque, à la suite d'une marche forcée, une raideur dans l'articulation du pied gauche, qui se dissipa au moyen d'une saignée. Bientôt après, les deux pieds devinrent œdémateux. Le malade s'appliqua de son propre chef un emplâtre de cantharides à la face interne du pied gauche; la plaie suppurante se ferma bientôt après, à l'exception d'une petite surface du diamètre d'un pois, qui fournit par jour, pendant quatre ans, 10 à 14 onces d'un liquide ténu et incolore. Malgré cette abondante suppuration, Christophe se portait très-bien. Devenu soldat à l'âge de 27 ans, il se vit forcé de fermer ce petit ulcère; bientôt après, il ressentit une grande faiblesse et des douleurs pongitives, erratiques, dans la portion gauche du corps, et trois mois après il survint un diabète.

Le 30 mars 1832, on observa les symptômes suivans. Dans l'espace de vingt-quatre heures, il évacuait 18 livres d'urine qui avait tous les caractères de celle du diabète; soif et faim canines; gencives, langue et parties internes des joues rouges et brûlantes; crachats visqueux et douceâtres; sentiment de brûlure dans l'estomac; peau sèche; grande faiblesse; maigreur du corps; insomnie et humeur mélancolique. On pratiqua un cautère à l'endroit de l'ancien ulcère, et bientôt la suppuration fut de nouveau de 8 à 10 onces. Tous les symptômes indiqués ci-dessus diminuèrent peu à peu, et le malade fut guéri vers le milieu du mois de mai.

Malgré l'avis du médecin, le malade ferma le cautère. Quelques jours après, il eut dans l'espace de trois jours plus de cent selles et de cinquante vomissemens; la faiblesse devint extrême. (Vésicatoire à l'endroit indiqué ci-dessus; à l'intérieur, potion d'eau de cannelle et d'opium; plus tard, une décoction de racine de colombo.) Le vésicatoire ne fut pas appliqué; les médicamens internes firent cesser la diarrhée et les vomissemens; mais une anasarque générale ne tarda pas à se déclarer, remarquable surtout au pied gauche; urine rare; constipation; peau froide. Cette fois encore les symptômes cessèrent au moyen d'un cautère qui suppura beaucoup. Plus tard, l'articulation de la main gauche devint œdémateuse. A l'examen du cautère, on trouva que la suppuration avait diminué; on l'augmenta en enduisant le pois d'un onguent épispastique; et depuis ce temps la santé s'est maintenue.

GUÉRISON REMARQUABLE D'UNE HÉMÉRALOPIE.

Obs.—J. M..., âgé de 26 ans, ne distinguait de nuit aucun objet, si ce n'est le reflet d'un jaune doré qui entourait la lumière. Après un examen attentif, on trouva dans l'hypocondre droit un prurigo. Le foie était dur, très-volumineux, mais non douloureux, probablement par suite d'une inflammation de cet organe, qui avait eu lieu six mois auparavant et avait disparu sans les secours de l'art; amertume de la bouche; langue couverte d'un enduit jaunâtre; appétit nul; vomissemens fréquens; éructations acides; selles dures; urine jaunâtre; douleur vague de presque tout le côté droit; teinte ictérique de la peau ainsi que de la sclérotique; sommeil interrompu par des rêves tumultueux; faiblesse et maigreur. (Médication fondante.) Après quelques semaines, une jaunisse bien prononcée se déclara, la plupart des symptômes disparurent; mais il ne resta surtout plus de traces de l'héméralopie et du prurigo. Néanmoins, l'endurcissement du foie n'a pas disparu.

GUÉRISON D'AMAUROSES.

Obs. I. — N..., âgée de 5 ans, était affectée depuis quatorze jours d'une amaurose complète survenue tout à la suite de la rétrocession de la rougeole, arrivée par refroidissement. (Frictions d'onguent stibié à la nuque; à l'intérieur, calomel avec l'arnica, le camphre et le soufre doré d'antimoine; bains entiers sinapisés.) Après cinq jours, guérison parfaite qui existe encore aujourd'hui au bout de trois ans.

Obs. II. — Mademoiselle F..., à la suite d'une faveur occasionée par la mort de sa mère, fut atteinte immédiatement de battemens du cœur très-forts, d'une gêne dans la respiration, de vertiges, de céphalalgie intense et de bourdonnemens dans les oreilles. Cet état dura toute la nuit. Le lendemain matin, perte complète de la vue avec pupilles dilatées; pouls plein, dur et fréquent. (Saignée copieuse du bras; potion antiphlogistique.)

Après vingt-quatre heures, guérison complète qui persiste encore aujourd'hui, au bout de deux ans.

CAS REMARQUABLE DE CORYZA.

Obs. — J. B..., âgée de 14 ans, non réglée, était atteinte depuis une année de coryza; il s'écoulait par les deux narines une mucosité puriforme, épaisse, jaune verdâtre, d'une odeur insupportable et qui avait quelque ressemblance avec l'odeur de la sueur des pieds. On apprit qu'elle avait souffert pendant plusieurs années de sueurs de pieds très-abondantes et de mauvaise odeur, supprimées il y a un an par l'usage de bains de pieds d'eau froide. Des bains de pieds sinapisés, la chaleur, et des vésicatoires entre les orteils furent employés sans succès. Il est pourtant digne de remarque que la matière fournie par ces vésicatoires avait la même odeur que l'écoulement par les narines. Pour corriger cette dernière, on employa des injections de chlore et d'eau de rose (1 gros sur 10 onces). On continua pendant une année et demie les bains de pieds, et on entoura les orteils de taffetas ciré. A cette épo-

que, les sueurs des pieds se rétablirent, en présentant la même odeur que l'écoulement du nez, qui cessa à son tour.

QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LA SCARLATINE; par le docteur BELITZ.

L'auteur a observé dans une épidémie cinquante malades, pour la plupart des enfans de 2 à 8 ans : six ont succombé, dont cinq à des affections du cerveau avec aphtes. A ces cinquante malades il en joint encore seize autres qu'il a traités plus tard, dont un est mort. Son traitement a consisté surtout dans des médicamens rafraîchissans, et en cas d'une forte angine et de congestion de sang vers la tête, dans l'application de sangsues.

Il a employé avec succès les acides minéraux; mais il préconise surtout les lotions fraîches (une partie de vinaigre sur deux à trois parties d'eau), qui étaient toujours suivies d'une amélioration, sans être jamais préjudiciables aux malades.

II. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE;

par HUFELAND ET OSANN.

(Numéro de juillet.)

MÉLANGES TIRÉS DE LA PRATIQUE, par le docteur HAUFF.

Quelques remarques et observations pratiques sur la syphilis.

1° La syphilis peut se communiquer de diverses manières, et non pas uniquement par le coït. Le docteur Hauff a donné des soins à une famille composée de sept membres, qui, vivant ensemble dans la même chambre et se servant des mêmes ustensiles, avaient tous par cette voie contracté la syphilis. Il est à remarquer que, dans ce nombre, on comptait deux personnes âgées. Dans un autre cas, une jeune fille, au sortir de l'époque menstruelle, avait, comme c'est l'usage à la campagne, revêtu une chemise qui avait déjà servi à sa sœur; cette dernière portait plusieurs chancres aux parties génitales, circonstance ignorée par la première. Au bout de quelque temps celle-ci fut infectée à son tour par le contact de la chemise, qui était tachée, en plusieurs endroits, de pus fourni par les chancres.

2° Quels que soient le mode de communication et la voie par laquelle le virus syphilitique entre dans le corps, la maladie ne tarde pas à se déclarer aux organes génitaux et aux parties circonvoisines.

3° Les chancres de la cavité buccale sont le plus souvent secondaires ; ils sont plus superficiels et n'ont point cette couche lardacée que présentent ceux de la voûte palatine et du pharynx; ils sont d'une guérison très difficile. L'auteur a cru remarquer, contre l'opinion généralement reçue, que les chancres qui se développent soudainement sont plus fréquens aux lèvres, à la langue, aux parois cutanées des joues, qu'à la voûte du palais et au pharynx. Les chancres du nez sont encore moins fréquens et plus petits que ceux de la bouche et du pharynx.

4° Le docteur Hauff a vu la syphilis se montrer dans le principe sous la forme d'une simple angine, avec rougeur et sécheresse de la gorge, et difficulté de la déglutition. Six semaines plus tard, la maladie s'était développée aux parties génitales. Dans un cas il n'observa que la seule angine pour tout symptôme : aussi recommande-t-il aux médecins d'être très-attentifs lorsqu'il se présente chez eux des malades qui se plaignent de maux de gorge.

5° Les condylômes sont plus fréquens chez la femme que chez l'homme; on les remarque aussi plus souvent à la commissure postérieure de la vulve qu'à l'intérieure, qui est plutôt le siége des chancres.

6° Lorsque le virus syphilitique a pénétré dans la profondeur de l'organisme, dans le système osseux, il ne se communique plus du moins par la voie ordinaire du coït. Ainsi une femme affectée d'une perforation du voile du palais, et qui finit par succomber aux progrès de la carie syphilitique qui avait attaqué les os frontaux, put cohabiter pendant vingt ans avec son mari sans lui donner la maladie, et mit au monde des enfans parfaitement sains.

7° Les enfans résistent plus long-temps que les personnes adultes à l'invasion de la syphilis constitutionnelle; mais chez eux les accidens primitifs sont plus sujets à récidive.

8° Une observation fort intéressante faite par le docteur Hauff tend à faire croire que la syphilis exerce une action neutralisante sur la vaccine. Deux enfans nés de parens syphilitiques, et portant eux-mêmes les traces de cette maladie, furent vaccinés jusqu'à sept fois; et ce ne fut que la dernière fois que la vaccine put se développer. Il faut observer cependant que l'un de ces enfans portait encore des chancres à la lèvre quand il fut vacciné en dernier lieu.

9° Un traitement prompt et simple est celui qui convient le mieux aux habitans des campagnes; le sublimé a toujours bien servi à cet effet au docteur Hauff; il agit vite et provoque très-peu de salivation. Ce médecin n'a jamais vu survenir d'excitation aux poumons ni à l'estomac par son usage même prolongé; il avoue cependant qu'il a vu souvent le mal récidiver. Il fait prendre ce remède à l'intérieur et à l'extérieur sous forme de lotions, et ordonne aux malades de boire une décoction de salsepareille et de tenir un régime sévère. Lorsque le sublimé échoue, il administre avec succès le précipité rouge, d'après la méthode de *Berg;* aux enfans il fait prendre le mercure soluble de Hannemann ou le calomel, mais ce dernier de préférence.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

QUELQUES REMARQUES SUR UNE ESPÈCE DE SALIVATION SPONTANÉE OU IDIOPATHIQUE; par le docteur HAUFF de Besigheim.

Cette salivation que l'auteur a eu occasion de remar-

quer pour la première fois, il y a trois ans, s'est offerte depuis cette époque un assez grand nombre de fois à son observation.

Elle ne se montre que dans les années de la *période d'involution*, et plus particulièrement chez les femmes que chez les hommes. Les personnes chez lesquelles elle se rencontre souffrent ordinairement du bas-ventre, de dyspepsie, de constipation ; leur langue est plus ou moins chargée à sa base, d'un enduit de couleur variable ; la sécrétion des urines diminuée ; la peau sèche, inerte, parcheminée. Ces différens symptômes indiquent un désordre dans l'appareil chylopoiétique en général, et particulièrement dans les organes sécréteurs et excréteurs des secondes voies, le foie, le pancréas, etc. Aussi n'est-il pas rare de voir le lobe droit du foie endurci et gonflé devenir sensible au toucher à travers les parois abdominales ; cet état s'accompagne assez fréquemment, surtout chez les femmes dont la peau est molle et irritable, d'une éruption de *miliaire chronique*.

Les personnes ainsi affectées se plaignent souvent, pendant un temps plus ou moins long, d'un sentiment de prurit et d'ardeur à la langue, à la bouche et particulièrement aux gencives, et de douleurs lancinantes dans les mâchoires et les dents. En examinant ces parties on trouve la langue d'un rouge bleuâtre et luisante à son sommet et à ses bords ; sa paroi supérieure gercée, mais humide ; les gencives sont tuméfiées et d'un rouge plus intense que d'ordinaire.

Arrivée à ce point l'affection de la bouche peut rétrograder sans que du reste l'état du malade ait subi le moindre changement. Mais les douleurs des os maxillaires peuvent aussi augmenter, la langue devenir plus sensible, les gencives se gonfler et se colorer d'un rouge plus vif ; les dents paraissent alors plus longues au malade, et il s'écoule de la bouche une salive claire et limpide en assez grande quantité : les commissures des lèvres, la lèvre inférieure et les gencives se couvrent de petites ulcérations aphtheuses assez analogues à celles produites par le mercure ; enfin l'haleine répand une odeur désagréable.

Cette affection peut durer des jours et des semaines sans atteindre un plus haut degré. Le docteur Hauff n'a jamais remarqué d'autres désordres que les petits ulcères dont nous venons de parler, quoique les malades eussent souvent rempli plusieurs assiettées de salive dans les 24 heures. Peu à peu le mal diminue jusqu'à ce que le gonflement et la salivation aient entièrement disparu ; les dents restent encore pendant quelque temps vacillantes et mousses, et la langue sensible.

Pendant toute la durée de ces symptômes, l'état morbide des voies digestives ne semble éprouver aucune modification.

Sous le rapport du pronostic, le ptyalisme que nous venons de décrire doit donc être considéré comme une crise, mais seulement comme une crise incomplète par laquelle la nature cherche à se débarrasser de l'affection des glandes abdominales.

La thérapeutique consiste dans l'emploi des remèdes qui agissent promptement et avec vigueur sur les sécrétions muqueuses du canal intestinal et de ses dépendances, ainsi que dans l'administration consécutive des amers et des résolutifs. Dans un cas où tous les symptômes abdominaux décrits plus haut, la tuméfaction du foie, la miliaire chronique, existaient conjointement avec une salivation très-abondante, le docteur Hauff, au lieu d'agir sur le canal intestinal, exagéra le ptyalisme au moyen du calomel, et il vit à sa grande satisfaction disparaître l'affection du bas-ventre ainsi que l'engorgement du foie.

Le ptyalisme spontané ou idiopathique a, il est vrai, beaucoup de rapports avec le *ptyalisme hypochondriaque* de P. Frank et de Sundelen ; mais il a aussi des caractères tellement tranchés, qu'on peut le considérer comme une espèce particulière.

OBSERVATIONS D'HÉMORRHAGIE MORTELLE à la suite de la rupture d'une varice pendant l'accouchement ; par le docteur ELSAESSER.

Nous avons déjà eu occasion de donner une observation de ce genre tirée du même journal. M. le docteur Elsaëssor publie à son tour trois faits semblables, dans lesquels l'hémorrhagie, survenue à la suite de la rupture de varices qui avaient leur siége dans les grandes lèvres, fut mortelle.

M. Riecke en rapporte aussi trois cas : dans le premier, la malade fut sauvée au moyen de fomentations froides ; la seconde succomba ; et chez la troisième on parvint à faire disparaître la tumeur par la compression.

Ces sortes d'observations ne sont malheureusement pas aussi rares qu'on le croit communément ; on en trouve un grand nombre dans le mémoire de M. Deneux sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin ; Paris, 1830.

DE LA TRANSFUSION DU SANG ; par le docteur KLETT.

Nous rapportons ici deux observations où la transfusion du sang a été employée avec le plus grand succès, et on pourrait dire avec quelque certitude que, sans elle, les malades auraient succombé. C'est donc un moyen qu'il n'est plus permis de négliger aujourd'hui, surtout quand il n'en reste plus d'autre pour sauver la vie des malades. Les journaux anglais contiennent depuis 1825 un assez grand nombre d'observations d'hémorrhagie utérine où cette opération a aussi très-bien réussi.

OBS. — G. D..., âgée de 41 ans, mère de plusieurs enfans, d'une constitution délicate, avait perdu ses règles à deux reprises différentes, lorsqu'elle fut attaquée tout à coup, le 17 janvier 1828, d'une métrorrhagie qui, modérée au commencement, devint bientôt très-abondante. Cette hémorrhagie durait depuis dix-huit heures lorsqu'on appela M. Klett, qui trouva la malade épuisée, pâle, les traits de la figure affaissés, le pouls faible et à peine sensible. La perte du sang

avait été considérable ; on prescrivit immédiatement des fomentations d'eau-de-vie sur le bas-ventre, et on fit laver les mains et les bras avec du vin chaud ; une potion composée d'extrait de ratanhia, d'eau de cannelle, de teinture de cannelle et d'éther acétique, dont la malade prit deux cuillerées de suite ; en outre, on fit des aspersions sur la poitrine et le bas-ventre avec de l'éther sulfurique et des injections astringentes dans l'utérus. L'état de la malade devint de minute en minute plus alarmant, et quoiqu'on donnât 12 gouttes d'éther sulfurique dans lequel on avait dissous de l'huile de cannelle, la faiblesse et l'hémorrhagie augmentèrent. Obscurcissement de la vue, vertiges, faiblesse, froid des extrémités, sueurs froides, hoquet, pâleur mortelle, traits de la face altérés : tout semblait annoncer une mort prochaine. Dans cet état désespéré, M. Klett se décida à recourir à la transfusion, qui fut exécutée avec beaucoup d'habileté par M. Schraëgle. Ce dernier fit passer dans la veine de la malade au moins 2 onces de sang pris du bras du mari, robuste et bien portant. L'effet fut surprenant ; la malade ouvrit presque instantanément les yeux. Le pouls redevint sensible et se releva, le hoquet diminua et cessa entièrement ; la figure reprit son aspect naturel et la chaleur parut succéder tout à coup au froid glacé du corps ; plus tard, on continua les médicamens déjà prescrits. L'hémorrhagie cessa, et la malade reprit ses forces. Sur la demande « qu'elle avait été la sensation qu'elle avait éprouvée au moment de la transfusion, » elle répondit mot pour mot : qu'elle avait senti vivement et distinctement un courant bienfaisant de chaleur vers le cœur, qui lui avait communiqué une nouvelle vie. Au moyen du ratanhia, du quinquina et du fer, elle fut guérie entièrement.

La seconde observation est tout-à-fait analogue à la première. La transfusion fut faite sur une femme de 30 ans dans la veine de laquelle on fit passer à peu près deux onces et demie à trois onces de sang. M. Klett fait suivre ces deux observations de quelques réflexions dont nous rapportons les principales.

1° Il est très-probable que le sang *transfusé*, par son action momentanément stimulante, n'agit pas seulement sur les parois des vaisseaux et surtout sur le cœur dont il réveille la force un instant paralysée, mais qu'il opère encore sur la masse du sang. Cette action stimulante du sang *transfusé* est d'une part mécanique et a lieu d'après les lois hydrostatiques, et d'une autre elle est dynamiques en vertu de la force vitale qui lui est inhérente. Il vivifie pour ainsi dire tout à coup l'organisme à la manière d'un courant électro-galvanique. De plus, il est d'observation que, dans les hémorrhagies abondantes, le sang se porte davantage vers la périphérie du corps ; mais au moyen du sang *transfusé*, la force centripète est réveillée, et on peut ainsi donner au courant circulatoire une nouvelle direction vers le cœur. Dans quelques hémorrhagies la saignée est indiquée comme révulsive : ne pourrait-on pas dans certains cas, regarder aussi la transfusion comme une révulsion, seulement d'une autre nature ? Si donc cette force inhérente au sang est l'objet principal dans la transfusion, on comprend que ce fluide doit être tiré de la veine d'un individu robuste et jouissant d'une bonne santé.

2° L'effet de la transfusion ne paraît être que momentané, mais il vivifie avec rapidité ; celle-ci ne fait que commencer la cure, qui doit être achevée par des médicamens.

3° Ce n'est pas la quantité du sang transfusé qui paraît déterminer la puissance de l'action de la transfusion. Sans doute on peut bien regarder le sang introduit comme une compensation de celui qui a été perdu ; mais il est en général dans une proportion trop petite relativement à ce dernier, pour qu'on puisse admettre la compensation matérielle comme la source principale de l'action vivifiante. Il est vrai que le docteur Blundel a injecté, dans un cas de métrorrhagie, quatorze onces de sang ; mais par contre, dans un autre cas, 4 onces seulement ont suffi pour obtenir un succès tout-à-fait pareil.

4° Dans ces deux cas la transfusion a été faite de la manière suivante : on s'est servi d'une petite seringue en zinc à tuyau courbé. On a commencé à pratiquer une saignée au mari, et le sang a été recueilli dans un vase gradué placé dans un second presque rempli d'eau dont la température était à peu près celle du sang ; ensuite on a ouvert la veine du bras de la femme (la céphalique ou la basilique paraissent être les plus convenables) ; puis, après avoir comprimé le bras au-dessous de l'ouverture, on a introduit une sonde mince dans la veine pour empêcher son déplacement, on a injecté lentement le sang dans la veine, en ayant soin de tenir le bras un peu élevé. Cette manœuvre a été répétée plusieurs fois ; et comme il s'échappe toujours un peu de sang, on a eu la précaution de le recueillir pour connaître au juste la quantité injectée. Cette opération doit être faite avec beaucoup de soin, surtout pour empêcher l'introduction de l'air atmosphérique.

GUÉRISON D'UN CAS D'HYDROPHOBIE ; par le docteur MOESNER de Gaildorf.

Le fait qu'on va lire est surtout curieux par la présence d'une vésicule sous-linguale dont la cautérisation n'a peut-être pas été sans influence sur la guérison.

OBS. — M. F..., âgé de 44 ans, fut mordu le 18 février 1833 à l'éminence thénar de la main droite. Les petites plaies, au nombre de deux, furent scarifiées, lavées avec l'ammoniaque liquide, plus tard cautérisées avec la pierre infernale et pansées avec un mélange d'onguent digestif et d'onguent âcre. Néanmoins le malade fut pris dans la nuit du 25 au 26 de douleurs dans les plaies, qui de là s'étendirent au bras, à la poitrine et à la colonne vertébrale ; de malaise, de vomissemens et de secousses d'abord dans les extrémités supérieures, puis à la tête et au tronc. (Saignée d'une livre, vomitifs ; après, poudres de Dower, 10 grains.)

Le lendemain matin, douleurs suivant la direction des nerfs et convergeant vers la moelle épinière ; nausées ; convulsions ; raideur et tiraillemens dans la nu-

que et le dos. (Nouvelle saignée; bain alcalin chaud; onguent digestif et de cantharides, et cataplasmes sur les plaies; frictions mercurielles sur le bras malade toutes les trois à quatres heure. A l'intérieur, poudre de racine de belladone, de cantharides; soufre doré d'antimoine; calomel, de chaque, 1 grain; sucre, 10 grains; une poudre toutes les deux heures.)

Dans la journée, plusieurs accès convulsifs; douleurs de la main et du bras plus vives; sentiment d'ardeur à la poitrine, qui se propage à tout le corps; malaise; faiblesse; lipothymie; respiration inégale; taciturnité; yeux et bouche fermés, mais non spasmodiquement; légère flexion des coudes; secousses et tremblement. Le malade peut encore boire; mais il éprouve en avalant un sentiment de pression et de constriction à la base de la langue; répugnance pour un nouveau bain, que l'on remplace par des lotions alcalines; le pouls étant encore dur et tendu, saignée de 8 onces.

Le 27 février, quelques vertiges; le spasme de la langue s'étend au pharynx, mais il n'y a ni sécheresse, ni difficulté de la déglutition. F... boit moins que la veille. Au côté gauche de la langue, on découvre une petite plaie formée par une vésicule rompue que l'on cautérise aussitôt avec la pierre infernale. Cette cautérisation est répétée aussi au frein et à la pointe de la langue, et chose remarquable, déjà le soir même le spasme de la base de cet organe et du pharynx a cédé.

Le 2 mars, à cinq heures du matin, tout à coup faiblesse extrême: impossibilité de boire; les efforts que le malade fait pour avaler seulement quelques gouttes sont suivis de fortes convulsions, puis d'une douleur brûlante dans la poitrine, qui empêche le malade de dire un seul mot. Le spasme de la langue et du pharynx, qui était revenu les jours précédens, et qui à cette heure se fait sentir très-vivement, cède de nouveau et encore dans la soirée, et à la cautérisation du frein du sommet.

Le 3 au soir, abattement et faiblesse extrêmes faisant craindre une mort prochaine; mais dans la nuit les convulsions, qui s'étaient encore fait sentir dans la journée, cessent; la raideur de la colonne vertébrale se détend et la déglutition est de nouveau moins pénible.

Les jours suivans, les symptômes nerveux diminuent de plus en plus d'intensité.

Le 17 mars, le malade entre en convalescence; il ne reste plus qu'un peu de salivation qui s'était montrée vers les derniers jours, de la faiblesse et une grande irritabilité; mais ces accidens se dissipent au bout de quelque temps; les plaies ont été maintenues à l'état de suppuration jusqu'au quarante-sixième jour après la morsure.

Le 1er avril, le malade sort entièrement guéri, et n'a point éprouvé de rechute jusqu'à ce jour.

EXPÉRIENCES QUI CONFIRMENT L'ACTION PUISSANTE DU SULFATE DE CUIVRE DANS LE CROUP; par le docteur Dürr.

Nous avons déjà fait connaître les succès qu'on a obtenus en Allemagne de l'emploi de ce remède contre le croup nous présentons ici les résultats de douze nouvelles observations recueillies par le docteur Düzz.

1° Les douze petits malades avaient eu le croup à un degré plus ou moins avancé, la plupart étaient dans la période inflammatoire, et même plusieurs dans la période d'exsudation. Un seul a succombé à la suite de phénomènes hydrencéphaliques; chez lui le croup avait cessé 36 heures auparavant.

2° Conjointement avec ce remède on avait appliqué cinq fois les sangsues, deux fois des vésicatoires; mais chez six malades il avait été administré sans aucun autre médicament, si ce n'est des émulsions huileuses.

3° Chez tous, le vomissement avait été suivi d'une transpiration qui ne fatiguait nullement les malades, et qui avait été provoquée sans aucun autre remède.

4° Les attaques de suffocation avaient cédé plus vite à l'action du sulfate de cuivre, probablement à cause de sa propriété *antispasmodique* et presque *spécifique*, qu'à l'emploi de tout autre remède.

5° La sécrétion intestinale, quoique déjà plus abondante, ne fut pas augmentée, et la sécrétion de l'urine pas diminuée.

6° Le médicament avait été administré à la dose d'un 1/8 à 3/8 de grain, à prendre tous les quarts d'heure jusqu'à plusieurs vomissemens; puis par intervalles d'une heure et demie à 2 heures.

7° Deux à quatre grains ont suffi pour l'entière guérison.

8° Tous les enfans ainsi guéris jouissent encore aujourd'hui d'une bonne santé, et le sulfate de cuivre paraît guérir le croup sans aucun autre résultat fâcheux pour l'organisme.

9° L'auteur a pu constater dans le cours de ces observations l'efficacité pratique de la marche de la méthode suivie par le docteur Hegewisch pour se procurer un diagnostic certain dans le croup.

Nota. Cette méthode consiste à verser de l'eau bouillante sur la matière vomie; si le croup existe on aperçoit dans la matière vomie des flocons transparens qui, sortis de l'eau chaude, deviennent membraneux. Cette matière albumineuse coagulable par l'eau chaude ne doit jamais manquer dans le vrai croup, et en est, avec la dyspnée continue, le signe diagnostic le plus certain. (*Rust's Magazin*, liv. 32, cah. 2.)

TRAITEMENT DE LA GALE PAR LE SAVON VERT; par le docteur Sicherer de Heilbronn.

Cette nouvelle méthode de traitement peu ou point connue en France, est déjà depuis quelques années employée avec succès en Allemagne, et nommément par MM. les docteurs Graff de Darmstadt (1) et Pfeufer de Bamberg (2). Ce dernier médecin compte plus de

(1) Heidelberger Annalen, 1831; heft IV.

(2) Betbachoungen über die Krætze und ihre Behandlung dürch schmier-oder grüne seife Bamberg, 1833.

00 guérisons. Le docteur Sicherer vient à son tour onfirmer les heureux résultats obtenus par ses confrères.

Le savon dont on se sert est préparé avec de la po-asse et de l'huile de chenevis, de lin ou de navette; est d'un gris verdâtre, de couleur terne, et d'une deur très-désagréable. On tire de la Hollande une au-re espèce de savon vert, dans la composition duquel entre de l'huile de poisson : il est d'un vert foncé, ais net et transparent, et n'a presque aucune odeur; on prix est le double de celui du savon vert ordi-aire.

Le traitement auquel les malades sont soumis res-emble beaucoup à la méthode par frictions employée ar Louvrier : on leur fait mettre du linge propre, et s sont obligés de garder le lit pendant sept jours, du-ée ordinaire de tout le traitement. Il ne leur est per-is de se lever qu'aux heures des frictions. La tempé-ature de la chambre doit être au moins de 12° Faren-eit, et de 18° à 20° le matin et le soir, époques de la ournée auxquelles les frictions ont lieu. Le malade fait rdinairement lui-même cette opération : à cet effet, se place sur de vieilles planches, sur un morceau de oile cirée, ou sur un plancher recouvert d'une couche l'huile ou au vernis. Les trois premiers jours il doit rictionner toutes les parties du corps, recouvertes ou on de boutons psoriques, le visage et les parties gé-itales exceptées, avec 4, 5, 6 onces de savon, suivant étendue de l'éruption. Les trois jours suivans on n'em-loie plus que 4 onces de savon par jour, et les fric-ions ne se font plus que sur les régions malades. Le eptième jour on fait encore une friction de 2 onces le natin, puis à midi on prend un bain chaud, après le-uel on renouvelle le linge, qui n'avait pu être changé endant tout le temps du traitement. On observe une iète ordinaire.

Après la première friction, le malade ressent à la eau un sentiment de chaleur et de prurit qui augmente chaque friction nouvelle, et se change parfois le uatrième jour en une véritable douleur. Du deuxième u troisième jour, la peau commence à rougir, et si-lle est d'une texture délicate, cette rougeur devient ouvent érysipélateuse le jour suivant, à peu près comme dans la scarlatine. Cette inflammation du derme e termine aussi par une véritable desquamation qui lieu par larges plaques le septième jour, surtout après e bain, et les jours suivans.

Tous les malades que le docteur Sicherer a traités par cette méthode, quelles qu'aient été la nature et la durée de la gale, ont guéri, à l'exception d'un seul : il n'a jamais observé de récidive, ni eu de répercussion à craindre.

Cette méthode, qui a sur les autres l'avantage de la modicité du prix (1) et d'une guérison sûre et rapide, peut surtout être employée avec succès dans les hospices et infirmeries où les galeux sont obligés de se soumettre à toutes les exigences du traitement : elle est d'un effet moins certain dans la pratique privée, où le malade n'observe pas toujours les règles qui lui sont prescrites.

Les contre-indications de ce traitement se réduisent aux suivantes : fièvre, exanthèmes aigus, catarrhes pulmonaire ou intestinal.

(1) Le savon vert ordinaire coûte de 6 à 12 sous la livre; le savon de Hollande, 2 sous l'once.

TRAITEMENT DE LA GALE PAR LES LOTIONS ET LES BAINS DE SAVON ORDINAIRE; par le docteur HEYFELDER de Sigmaringen.

Le malade prend deux fois par jour un bain de savon à 28 degrés Réaumur, dans lequel il reste chaque fois une demi heure; dans le courant de la journée il fait à plusieurs reprises, avec de l'eau fortement savonneuse, des lotions sur les parties recouvertes de l'éruption psorique. On lui fait de plus garder la chambre qui doit être chaude; et même en été il lui est défendu de s'exposer à l'air libre.

Le docteur Heyfelder administre parfois un purgatif salin, dans les cas où la guérison se fait un peu attendre; on obtient aussi de très-bons effets de l'emploi des bains d'eau et de vapeur russes, comme moyen auxiliaire, chez les malades dont la peau est très-rigide; il faut cependant avoir soin de leur recommander de se savonner en même temps sur les endroits affectés.

Pendant la durée de ce traitement, qui est ordinairement de trois à quatre semaines, il est nécessaire de faire renouveler souvent le linge du corps et du lit ainsi que les vêtemens; la diète doit être très-sévère. Chez aucun des malades ainsi traités avec soin, le docteur Heyfelder n'a vu la gale récidiver.

OBSERVATION D'UN COUTEAU DE POCHE AVALÉ ET RENDU AU BOUT DE 36 HEURES SANS ACCIDENT PAR UN ENFANT DE 4 ANS; par le docteur PLIENINGER.

OBS. — W. M... avait avalé en jouant, le 23 novembre 1833, un couteau de poche plié long de 2 pouces, large de 4 lignes trois dixièmes, et épais d'une ligne deux dixièmes. Le manche en tombac était orné de petites étoiles peintes en rouge et en bleu. En palpant le ventre, l'enfant debout ou couché, on ne put rien sentir au toucher ni découvrir la présence d'un corps étranger. On fit prendre au petit malade du beurre frais en assez grande quantité; on recommanda une diète rigoureuse et on prescrivit une émulsion avec l'huile de ricin, l'extrait de jusquiame, le nitre et le sirop de manne.

Le lendemain matin, légère céphalalgie; mais l'estomac n'est ni dur, ni tendu, ni douloureux en aucun endroit; appétit; langue un peu blanche, jaunâtre. Dans la journée, trois selles pultacées. (Même potion; frictions huileuses sur le bas-ventre.)

Du 30 novembre au 1er décembre, deux nouvelles selles, dont la dernière à six heures du matin eut lieu

avec quelques efforts. En examinant les matières rendues, on y trouva le couteau qui avait été avalé ; les couleurs bleue et rouge avaient disparu. Il est digne de remarque que la présence de ce corps étranger ne produisit ni irritation locale ni symptômes généraux, et qu'il n'eut besoin pour franchir tout le canal digestif que du court espace de temps de trente-six heures.

OBSERVATIONS CHIRURGICALES, par le docteur VEIEL DE CAUSTADT.

I. *Emploi des vésicatoires contre les ulcères de la jambe.*

Le docteur Veiel a obtenu de l'application des vésicatoires sur des ulcères rebelles de la jambe, de si heureux résultats, qu'il ne craint point de recommander cette méthode de traitement en toute sécurité. Quel que fût l'âge des personnes, quels que fussent le caractère, la durée et le siége des ulcères, dans tous les cas il est survenu un amendement notable, et dans le plus grand nombre la guérison a été complète.

Le malade doit être couché ; on applique sur la surface ulcérée même un vésicatoire épais qui dépasse d'un pouce les bords de l'ulcère, et recouvre ainsi la portion de peau altérée qui l'entoure. On le laisse ainsi pendant 24 heures. L'effet immédiat est de produire une douleur brûlante qui va en augmentant, de la chaleur aux pieds, et une augmentation dans la sécrétion de l'urine. Lorsqu'on enlève le vésicatoire, la surface de l'ulcère apparaît plus fraîche; elle s'est nétoyée; elle est humide et d'un beau rouge ; ses bords sont en partie excoriés, et en partie recouverts de petites vésicules ; leur teinte livide bleuâtre s'est changée en un rouge vif. On humecte pendant quatre jours, de demi-heure en demi-heure, l'ulcère avec une solution chauffée de zinc, un grain, dans une once d'eau de menthe; puis on applique de nouveau le vésicatoire pendant 24 heures, après lesquelles on reprend encore une fois la solution de sulfate de zinc, jusqu'à la guérison, que l'auteur a vue arriver du huitième au vingtième jour. Pendant tout le traitement le malade prend par jour trois chopines d'une décoction de salsepareille (6 gros), de séné et d'anis, une nourriture simple ; le repos et le lit sont de toute nécessité.

II. *Résection de l'extrémité inférieure du tibia.*

OBS. — N..., âgé de 50 ans, tomba sous la roue d'une voiture, qui lui fit à la jambe plusieurs contusions très-fortes ; mais le désordre le plus grand fut une luxation de l'extrémité inférieure du tibia telle, que l'os, après avoir déchiré les parties molles, vint ressortir au côté interne de la jambe. La plaie, entre les lèvres de laquelle le tendon du tibia postérieur et des fragmens du ligament capsulaire faisaient hernie, avait à peu près 2 pouces de longueur et était à bords inégaux.

On fit de suite des tentatives de réduction mais inutilement ; l'os ne voulut pas rester en place et le malade ne put supporter un bandage serré à cause des trop vives douleurs qu'il lui occasionait. Il fallut d'abord combattre le gonflement inflammatoire, ce que l'on fit au moyen de cataplasmes chauds aromatiques.

Le docteur Veiel ayant vu le malade, le septième jour après l'accident, trouva déjà l'articulation tout altérée, d'un bleu livide ; le fibro-cartilage était érodé dans tout son pourtour ; tous les moyens ligamenteux détruits et même la surface articulaire du calcanéum présentait quatre petits foyers purulens de la grandeur d'un pois ; le péroné n'avait point été attaqué ; cependant il n'y avait plus à penser à une réduction, d'autant moins que l'astragale et le calcanéum avaient été tirés en haut par l'action du tendon d'Achille. Il fallut donc procéder à la résection de l'extrémité articulaire du tibia, afin d'opérer la réunion de la plaie et d'arrêter, en empêchant l'introduction de l'air, les progrès de la suppuration.

A cet effet, M. Veiel fit dans la continuation de la plaie déjà existante une incision longitudinale de 2 pouces ; puis il dénuda l'os, et ayant par le moyen de quelques incisions latérales fait passer une petite attelle derrière le tibia, il pratiqua là-dessus la résection immédiatement au dessus de la tête articulaire.

Après l'opération, le tibia fut replacé en position ; la plaie, qui était à bords dentelés, changée en une plaie unie qu'on essaya de rapprocher par quelques points de suture ; des fomentations vineuses de camomille furent employées, et bientôt la plaie prit un aspect favorable ; des granulations de bonne nature se développèrent, et, quoiqu'il fallût encore ouvrir de temps en temps quelques petits abcès, la cicatrisation fut complète au bout de six semaines. Déjà le seizième jour, le vide formé par l'enlèvement de la tête articulaire du tibia avait disparu ; d'une part l'extrémité tibiale, en se gonflant pour le travail du cal, s'était allongée d'un demi-pouce, et de l'autre le calcanéum, tiré en haut par le tendon d'Achille et soutenu ainsi par le bandage, s'était rapproché de cette même extrémité.

Le quarante-huitième jour, le malade put abandonner la planchette suspendue. Le soixante-dixième, il pouvait appuyer son pied sans éprouver de douleur, et on aperçut même un léger mouvement dans l'articulation. Vers la onzième semaine, N... fut en état de marcher pour la première fois, en se soutenant toutefois à l'aide d'une canne.

Cette observation est surtout intéressante en ce qu'elle nous fait voir :

1° Qu'il peut se former une fausse articulation tibio-tarsienne, sans que l'on ait enlevé la tête du péroné.

2° Qu'une perte de substance dans une résection, même là où on ne peut point espérer de rapprochement immédiat par les moyens mécaniques, ne doit point empêcher de pratiquer cette opération.

3° Que la nature par la formation du cal parvient à remplacer la portion d'os enlevée et qu'ainsi on n'a point de raccourcissement du membre à craindre.

4° Que la résection a un avantage marqué sur l'amputation en ce que, dans ces sortes de cas, on peut

toujours recourir à la dernière de ces opérations quand la première a échoué.

OBSERVATION ET OPÉRATION D'UN HYPOSPADIAS ; par le docteur HELLER, de Stuttgard.

OBS. — B., âgé de 36 ans, marié, portait depuis dix ans, par suite d'escarres syphilitiques, à la partie inférieure de la racine du gland, une fente de la grandeur et de la forme d'une fève ; elle pénétrait dans l'urètre et était à bords minces, arrondie et recouverte par la muqueuse urétrale ; le gland était allongé, et son orifice en partie oblitéré, de sorte que l'urine passait par l'ouverture contre nature. Toutes traces de syphilis avaient disparu.

B. ayant demandé à être opéré, le Dr Heller saisi les bords de la fistule au moyen d'une pince à crochets, les refraîchit aussi profondément qu'il put, et essaya ensuite de réunir la plaie par trois points de suture et par des bandelettes agglutinatives. On introduisit une sonde élastique dans le canal de l'urètre, et tout l'appareil fut maintenu avec une bande convenablement appliquée. Mais ce premier essai opératoire ne réussit pas, et le chirurgien crut devoir attribuer le non-succès à ce que les bords de la fente, trop minces, n'avaient pu se prêter à une inflammation adhésive convenable, et en second lieu à la présence de la sonde restée à demeure, qui, et pressant sur la plaie, avait dû nécessairement s'opposer à sa réunion.

Un an après B. vint se soumettre à une seconde opération. Cette fois-ci l'opérateur fendit tout le gland jusqu'à l'orifice, et emporta entièrement les bords arrondis de la fente contre-nature. Après avoir laissé saigner la plaie, il la réunit au moyen de sept points de suture ; une inflammation adhésive se déclara, et la réunion eut lieu vers le huitième jour, sans aucun accident ; la cicatrice fut nette et à peine visible.

N° DU 29.

PATHOLOGIE EXTERNE.

—

DU SPASME DE L'URÈTRE ET DU COL DE LA VESSIE. Mémoire lu à l'Académie des sciences, par M. le docteur CIVIALE.

Pour comprendre la production des désordres qui tiennent à l'état spasmodique des organes urinaires, spécialement quand le spasme occupe le col de la vessie, il est indispensable de bien connaître le mécanisme de l'excrétion normale de l'urine ; et les opinions généralement admises sur ce point ne paraissent pas en harmonie avec les faits.

Dans l'état de vacuité, les parois de la vessie, comme celles de tous les organes creux, sont appliquées les unes contre les autres ; leur écartement exige toujours un certain effort. L'urine est poussée dans la vessie et n'y tombe pas, comme on l'a-dit ; elle ne s'y accumule que parce quelle y est retenue, d'un côté par l'orifice vésical de l'urètre, et que de l'autre elle est poussée par les reins et les uretères qui jouissent d'une contractilité considérable. On trouve la preuve de ces propriétés dont jouissent le col de la vessie et les uretères, d'une part dans la rétention d'urine par paralysie de la vessie et spasme du col, d'autre part dans tous les cas d'ampliation exagérée de la vessie. La rupture des parois de ce viscère, dans quelques cas de strangurie prolongée, ne peut en effet s'expliquer que par la force expulsive des organes sécréteurs de l'urine, toujours supérieure à la résistance des parois vésicales.

Dans l'état normal, les parois de la vessie n'entrent en contraction pour surmonter la résistance du col, qu'au moment où elles sont écartées par l'urine, autant que le permet la longueur de leurs fibres musculaires. La vessie ressemble donc à la matrice dans l'état de gestation, c'est-à-dire, qu'entre l'action de son corps et celle de son col, il règne un accord parfait sans lequel la fonction ne saurait s'exécuter d'une manière régulière.

La disposition des fibres musculaires du corps de la vessie, dont les principales ont leurs points d'insertion sur le col de cet organe ; le point d'appui que leur fournit en outre le liquide accumulé dans la poche urinaire en suffisante quantité pour leur procurer l'allongement nécessaire à leur force contractile, sont autant de raisons qui confirment la théorie qui vient d'être émise. La résistance du col est donc vaincue par la force antagoniste des fibres musculaires du corps.

Quant à l'organisation de ce col vésical, moins bien connue que ses usages, sans admettre l'existence d'un sphincter musculaire, contestée par les anatomistes dont le scalpel n'a pas encore découvert dans cette partie des fibres aussi prononcées qu'au pourtour de l'anus, je le regarde comme formé d'un cercle fibreux éminemment contractile, destiné à retenir l'urine et à résister à l'action expulsive du corps du viscère, aussi longtemps que l'accumulation du liquide n'est pas suffisante pour distendre la vessie. Ce qui a été dit par quelques physiologistes modernes sur d'autres usages du sphincter de la vessie, tels que celui d'empêcher le sperme de pénétrer dans la cavité de ce viscère, ne me paraît pas digne de nouvelles recherches.

L'action des deux puissances antagonistes en vertu de laquelle s'opère l'excrétion de l'urine a ordinairement lieu sans effort, d'une manière instinctive et, pour ainsi dire, sans la participation de la volonté. Mais quand l'harmonie qui existe entre ces deux puissances vient à se rompre, on observe alors dans la fonction un trouble dont on parvient aisément à se rendre raison.

Les deux forces dont il est question ont chacune des auxiliaires soumis à l'empire de la volonté, et dont le concours, fort utile dans quelques cas, peut dans d'autres devenir une source d'accidens graves. Les muscles des parois abdominales sont des auxiliaires précieux de la puissance expulsive de la vessie ; les muscles du périnée sont des auxiliaires du col vésical. Des effets fâcheux peuvent résulter de l'abus et de l'usage mal dirigé de ces puissances auxiliaires de l'appareil excréteur de

l'urine. C'est ainsi que des efforts souvent répétés pour vider la vessie sans nécessité finissent par enlever à cette poche son élasticité et sa capacité, au point de la réduire à ne pouvoir plus contenir qu'une très-petite quantité de liquide. Il en est de même quand un calcul sollicite par sa présence de fréquens besoins factices d'uriner.

La contraction des muscles du périnée, en aidant celle du sphincter de la vessie, permet de résister au premier besoin d'uriner, l'action seule de ce sphincter étant insuffisante pour faire équilibre à l'action des fibres du corps; mais cette faculté, précieuse dans certains cas, devient souvent une cause de maladie. C'est de là en effet que viennent la plupart des cas de paresse et de paralysie de la vessie, et le spasme du col de ce viscère. La vessie surdistendue par l'urine qu'y poussent sans cesse les reins, perd la faculté de se contracter : elle est alors d'autant moins apte à se débarrasser du liquide qu'elle contient, que la résistance de son col, d'abord purement physiologique, passe à l'état morbide en se prolongeant.

Il en est de même lorsqu'une irritation vive et subite envahit une certaine étendue de l'urètre; les parois de ce canal se crispent et perdent momentanément leur ressort. Cette contraction temporaire peut aller au point de résister aux forces expultrices de la vessie et d'occasioner une rétention d'urine.

La distension des parois urétrales, l'abus du coït, l'action de certaines substances telles que les cantharides, l'usage de la bière, l'émission d'une urine âcre, toute irritation directe ou indirecte de l'urètre, les contractions fortes et prolongées des muscles du périnée, etc., peuvent déterminer cet état spasmodique du conduit urinaire. M. Brodie regarde les maladies des reins et du rectum, les hémorrhoïdes, la pierre, la gravelle comme également capables de le provoquer. Les réfrigérens, les émotions vives de l'ame peuvent produire le même résultat, ainsi que j'en ai vu des exemples.

Ces diverses causes tantôt produisent une simple gêne dans l'expulsion de l'urine, qui cesse d'elle-même, tantôt une rétention complète qui exige les plus prompts secours.

Le siége ordinaire de la maladie est au dessous de l'arcade pubienne, à la partie de l'urètre qui reçoit le plus l'influence de l'acte générateur, et sur laquelle porte l'action des muscles du périnée, du cathéter, des caustiques, etc. Cependant elle peut aussi se manifester dans d'autres points du canal, notamment à la partie spongieuse, ainsi que j'en ai récemment rapporté un cas remarquable.

Le diagnostic de ces coarctations spasmodiques est facile. Le trouble qu'elles produisent dans l'émission de l'urine est subit et temporaire; il n'y a de douleur que celles qui résultent de l'impossibilité d'uriner. Ce caractère suffit pour les faire distinguer de toute autre affection; il y a aussi absence de tout écoulement. Le cathétérisme ou même l'introduction d'une simple bougie sont toutefois les moyens les plus sûrs de reconnaître la véritable cause d'une rétention d'urine subite. Il est essentiel dans ce cas de mettre la plus grande lenteur dans l'introduction des instrumens; en agissant ainsi le chirurgien n'éprouve pas, pour arriver dans la vessie, plus de difficulté que s'il n'existait pas de spasme.

Quand il n'existe pas de complications et que les accidens sont peu graves, la guérison est prompte. Mais le lieu que le spasme occupe et la cause qui le produit, les états morbides qui l'accompagnent, peuvent exiger des modifications dans l'emploi des moyens curatifs. Dans le premier cas, des bains, des sangsues, des applications émollientes suffisent souvent pour faire cesser la rétention d'urine. Si au contraire les accidens ont déjà acquis une certaine gravité, il convient de les faire cesser sur-le-champ par le cathétérisme évacuant ou même par l'introduction d'une bougie. Le traitement médical au reste doit varier suivant la cause qui a déterminé l'état spasmodique.

Une des causes les plus importantes à signaler de la rétention d'urine chez les femmes est le séjour prolongé de la tête du fœtus dans le petit bassin, et la compression qu'elle exerce sur l'urètre pendant l'accouchement. Cet accident peut avoir les suites les plus graves. L'accumulation de l'urine dans la vessie détermine alors chez les femmes en couche des symptômes nerveux formidables, qu'on attribue souvent à toute autre cause, et que l'évacuation du liquide par le cathétérisme suffit pour faire disparaître, ainsi que j'ai eu fréquemment occasion de l'observer. Dans ces cas de spasmes de l'urètre après l'accouchement, le col de la vessie et la partie moyenne du canal sont plus particulièrement le siége du rétrécissement. Les fistules urètro ou vésico-vaginales sont dues le plus souvent à cette compression de l'urètre et du bas-fonds de la vessie contre le pubis. La rétention d'urine qui en est la suite concourt puissamment à augmenter les effets secondaires de cette compression, qui sont la phlogose et la gangrène de la partie meurtrie.

Si l'introduction d'une simple bougie dans l'urètre, si le cathétérisme suffisent, par le seul frottement de l'instrument, et sans qu'il y ait dilatation des parois du canal, pour déterminer une rétention d'urine momentanée chez quelques sujets à constitution irritable, on ne doit pas être surpris que le même effet soit, dans certains cas, produit par l'application de la lithotritie. J'ai déjà signalé cette circonstance dans un mémoire lu récemment à l'Académie de médecine. Cet accident n'a ordinairement aucune suite fâcheuse dans ce cas, mais il convient de ne jamais quitter le malade qu'on vient d'opérer avant de l'avoir vu uriner. S'il éprouve quelque difficulté, il faut de suite vider la vessie; et ce qui est digne de remarque, c'est que les difficultés ne reparaissent plus quand on a pris cette précaution.

Il est une particularité qui a exercé la sagacité des physiologistes sans que les explications qu'ils ont successivement présentées soient fort satisfaisantes. Chez beaucoup de personnes le coït rend l'émission de l'urine plus facile pendant quelques instans; on voit même des malades attaqués de rétrécissement organique de l'urètre, uriner après cet acte par un jet assez volumineux.

Mais souvent aussi le coït trop répété donne lieu à la rétention d'urine.

Cet accident, dans le cas dont il s'agit, tient à la contraction spasmodique de la partie de l'urètre située au-dessous du pubis, notamment chez les personnes qui ont eu plusieurs blennorrhagies et qui ont un commencement de rétrécissement organique de l'urètre. Il importe de distinguer ces deux états particuliers; et c'est pour n'avoir pas tenu compte des phénomènes spasmodiques dont ces rétrécissemens de la courbure de l'urètre sont le siége, qu'on est tombé, à mon avis, dans de graves méprises sur les effets de quelques moyens thérapeutiques.

Tout ce qui vient d'être dit se rapporte aux accidens produits par le spasme de l'urètre, soit qu'il ait son siége à la courbure de ce canal, soit qu'il attaque l'endroit même sur lequel la cause vient d'agir. Le col de la vessie n'est atteint dans ces cas que d'une manière secondaire.

Mais il existe une espèce particulière de spasme qui résulte d'une perte d'équilibre entre l'action des fibres du corps de la vessie et la résistance que leur oppose le cercle fibreux qui constitue le col vésical. Cette espèce d'état spasmodique est beaucoup plus fréquente qu'on ne pense. Ainsi qu'on a pu déjà le remarquer en parcourant les considérations préliminaires dans lesquelles je suis entré sur le mécanisme physiologique de l'excrétion de l'urine, l'action de la vessie, dans cet acte important, est toute organique et par conséquent indépendante de la volonté; mais elle peut se trouver soumise à cette dernière puissance par les auxiliaires que la nature a donnés, soit à la force expultrice de la vessie, soit à la force contraire. L'action des parois abdominales peut amener l'expulsion de l'urine avant que la vessie soit suffisamment distendue, et la contraction des muscles du périnée augmenter la résistance du col de la vessie au point d'empêcher l'urine de couler, lors même que ce viscère se contracterait avec force. Mais cette sorte de lutte entre deux puissances antagonistes a pour résultat ordinaire d'amener un resserrement spasmodique du col de la vessie tellement prononcé, qu'il s'en suit une rétention complète d'urine. Ces cas ne sont pas rares; on voit tous les jours des malades ayant résisté pendant un certain temps au premier besoin d'uriner, se trouver ensuite dans l'impossibilité d'y satisfaire, quoiqu'il devienne de plus en plus impérieux et qu'il conduise aux angoisses effroyables de la rétention d'urine.

Ces cas présentent de nombreuses variétés; mais quand la rétention est complète, il faut toujours se hâter de recourir au cathétérisme qui ne présente ni difficultés ni danger. Les moyens accessoires qu'il convient d'employer en même temps sont déterminés par l'état général du sujet, l'intensité et les complications de la maladie locale.

Une autre variété du spasme du col vésical se rattache aux accidens occasionés par l'emploi des cantharides; elle ne diffère des autres que par sa cause, et ne réclame pas d'autres moyens.

Les opinions émises dans ce mémoire sont appuyées sur des faits nombreux dont plusieurs ont été recueillis dans le service des calculeux à l'hôpital Necker, et les autres dans ma pratique particulière.

J'en citerai ici quelques-uns.

SPASME DE L'URÈTRE PAR SUITE D'UN EXCÈS DANS LE COÏT.

Obs. I. — M. le capitaine B...., âgé de 36 ans, d'une constitution robuste avait eu plusieurs blennorrhagies dont il s'était débarrassé militairement avec autant de succès que de bonheur. Sa santé générale était excellente; il ne se ressentait ni des fatigues de la guerre, ni des excès dans le coït; mais à la suite de l'un de ces derniers, il se trouva dans l'impossibilité d'uriner: tous les moyens généraux furent inutiles; les efforts les plus grands demeuraient sans résultat. L'introduction de la sonde donna issue à trois pintes d'urine, mit un terme aux angoisses, et les fonctions de la vessie se rétablirent immédiatement.

Quelques mois après, il survint des accidens semblables, dont je n'eus pas de peine à arrêter le développement. Après avoir vidé la vessie, je m'assurai que l'urètre au dessous de la symphyse pubienne était beaucoup plus irritable que dans l'état normal: l'introduction de quelques bougies molles détruisit cet excès de sensibilité; d'un autre côté, le malade sentit la nécessité d'user de modération dans le coït; aussi n'a-t-il plus éprouvé depuis un an aucun dérangement dans les fonctions de la vessie.

J'ai été appelé dans un grand nombre de cas de ce genre et toujours le succès a suivi l'emploi des mêmes moyens. La guérison est d'autant plus prompte et plus facile que l'escarre est moins ancienne. Lorsqu'il existe comme dans le cas précédent un excès d'irritabilité dans un point du canal, on le détruit par l'emploi des bougies molles, introduites tous les jours et laissées chaque fois un quart d'heure.

SPASME DE L'URÈTRE PRODUIT PAR LA CAUTÉRISATION.

Obs. II. — Un Anglais, habitant la France depuis long-temps, avait un rétrécissement de l'urètre ancien et très-avancé; cependant il urinait sans le secours de la sonde, et n'avait jamais éprouvé de rétention d'urine. Fatigué par cette strangurie, il se détermina enfin à suivre un traitement propre à rétablir le diamètre naturel de l'urètre. On eut recours au caustique qui commençait à prendre faveur parmi nous. Les applications en furent légères, courtes et bien rationnelles: mais chaque soir du jour où il avait été cautérisé, le malade avait une rétention d'urine, bien que l'urètre permit facilement l'introduction d'une petite sonde: ce fut à l'occasion d'une de ces rétentions que je fus appelé. Le chirurgien qui avait commencé ce traitement, venait de quitter Paris: je continuai l'emploi des mêmes moyens, et une nouvelle rétention d'urine eut lieu après une première application de caustique. Un seul cathétérisme me suffisait chaque fois pour faire cesser les ac-

cidens et même pour en prévenir le retour. Cependant il me parut convenable de renoncer au caustique et d'insister sur l'emploi des bougies molles ; le traitement fut long, mais ne fut interrompu par aucun nouvel accident, et le résultat fut tel qu'on l'espérait.

Des faits semblables à celui dont je viens de présenter les principaux détails se présentent chaque jour dans la pratique avec les désordres que produit la rétention d'urine ; il est certainement facile de les faire cesser, surtout lorsqu'on est appelé à temps. Toutefois ces accidens nerveux ont puissamment contribué à discréditer la cautérisation urétrale.

SPASME DE L'URÈTRE PAR SUITE DE LA LITHOTRITIE.

Obs. III. — M. Lefebvre, de Paris, septuagénaire, souffrait depuis long-temps de la pierre ; mais les douleurs n'avaient pas les caractères spéciaux qu'on observe dans quelques cas et qui indiquent d'une manière assez précise la nature de l'affection. A la fin cependant le malade se décida à se laisser sonder. La pierre fut reconnue ; la lithotritie était applicable ; cinq séances très-courtes, mais douloureuses, suffirent pour opérer la destruction de la pierre et pour délivrer le malade.

La première application de la lithotritie fut suivie d'une rétention d'urine, que le malade négligea pendant plusieurs heures ; il en résulta un dérangement dans la santé générale, et la vessie ne recouvra que plusieurs jours après la faculté de se débarrasser naturellement de l'urine ; le cathétérisme évacuatif était pratiqué plusieurs fois par jour.

A la reprise de l'opération de la lithotritie le malade éprouva d'abord des difficultés d'uriner ; mais sans attendre le développement d'accidens graves, la sonde fut introduite, l'urine évacuée, et la vessie se débarrassa ensuite, comme dans l'état naturel, soit de l'urine, soit des débris calculeux.

La même difficulté d'uriner se manifesta après les autres opérations ; le même moyen produisit le même résultat.

La pratique de chaque jour offre des cas semblables, qui méritent d'autant plus de fixer l'attention des praticiens, que l'art possède un moyen prompt, facile et efficace d'écarter toute la série des désordres qui accompagnent la rétention d'urine ; un seul cathétérisme pratiqué à temps suffit pour prévenir toute espèce d'accidens et rétablir l'équilibre.

HOSPICE DE BICÊTRE.

Cours clinique sur les maladies nerveuses.

§ I. — Idiotie.

L'idiotie est caractérisée par cet état d'abrutissement dans lequel se trouvent placés les malheureux dont les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou qui ont subi de bonne heure un arrêt de développement dans l'organe central du système nerveux.

M. Ferrus considère l'idiotie comme le résultat d'un vice organique, *inné* dans la plupart des circonstances, mais quelquefois aussi, comme la conséquence de certaines maladies de l'enfance. Dans le premier de ces cas, il existe ordinairement défaut d'organisation complète ; ce n'est pas que la boîte encéphalique ne soit souvent remarquable sous le rapport de la masse qu'elle présente ; mais, considérée dans son ensemble, elle n'offre aucune forme bien dessinée, et l'organe qu'elle renferme manque des conditions matérielles intimes qui le rendent habile à fonctionner ; c'est alors surtout que l'obtusion des sens et des facultés intellectuelles est complète ; car avec une petite masse encéphalique bien développée dans quelques-unes de ses parties, l'individu peut montrer de l'aptitude à certaines fonctions ; mais lorsque l'ensemble de l'organe malgré son énorme structure, est frappé d'une lésion qui détruit son arrangement molléculaire, modifie ses rapports, pervertit sa nutrition ou dénature ses perceptions, sa fonction doit nécessairement être altérée, et souvent même anéantie.

La non éducabilité des sens peut encore être rangée parmi les causes les plus fréquentes de l'idiotie ; en effet, combien de sourds-muets, incapables, par leur organisation, de recevoir les impressions qui doivent mettre en jeu leurs sentimens affectifs ou les pouvoirs de leur intelligence, restent dans cet état d'abrutissement, malgré les élémens capables de les rendre égaux aux autres hommes, par la force de la pensée. M. Ferrus a montré à ses auditeurs des exemples d'idiotie que l'on pouvait, à juste titre, rapporter à cette cause, sans négliger pourtant de faire la part des maladies de l'enfance, qui bien souvent compliquent, et peuvent même engendrer cet état de dépérissement intellectuel. Alors, il est vrai, la maladie s'accompagne ordinairement de paralysie et d'atrophie de membres, et il est peu de praticiens qui n'aient eu l'occasion de vérifier ce fait.

Les idiots constituent une famille d'aliénés bien moins nombreuse que les auteurs l'ont avancé. Cette exagération dans les chiffres qu'ils ont transmis tient sans doute à ce qu'ils ont confondu l'idiotie avec la démence et l'imbécilité. Cependant ces divers états de l'aliénation mentale présentent des caractères bien tranchés et tout-à-fait différentiels. La démence est l'abolition accidentelle de la pensée ; l'idiotisme est l'oblitération complète des facultés intellectuelles et affectives. Un faible degré de plus dans l'intelligence constitue l'imbécilité. Les idiots manquent de langage et se rapprochent de la brute ; quelquefois même ils occupent un échelon inférieur dans les degrés de l'animalité ; car au défaut des facultés perceptives s'associe chez eux l'absence des facultés innées ou instinctives, qui restent nulles et sans rapport. Insensibles à la main qui les flatte ou les rudoie, ils ne sont susceptibles d'aucun sentiment de reconnaissance et de vengeance. Les temps, les lieux, les personnes, rien ne peut frapper leur attention ; l'avenir est pour eux comme s'il n'existera jamais, et le passé ne leur a laissé aucune impression de plaisir ou de

regret. Leur instinct est dans un anéantissement ou affaiblissement déplorables, ils se laisseraient mourir de faim si une main charitable ne veillait à leur conservation; ils croupiraient dans l'ordure si des serviteurs zélés ne leur prodiguaient, malgré cette indifférence, les soins de propreté les plus assidus. Le relâchement des sphincters de l'anus explique pourquoi chez les idiots les matières fécales ne peuvent séjourner long-temps dans le dernier intestin. Leur insensibilité rend aussi raison de leur insouciance pour les premiers besoins de l'homme. Les fonctions génératrices sont les seules qui conservent quelquefois chez eux un degré d'aptitude remarquable. Les idiots ont la peau terreuse, le regard sans expression, stupide, et la sensibilité presque entièrement paralysée. M Ferrus nous a cité le cas d'une jeune idiote qui avalait du lait bouillant sans témoigner le sentiment de la plus légère douleur. Les facultés perceptives sont entièrement abolies dans les cas d'idiotie avec conformation volumineuse du crâne; c'est alors surtout qu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une altération organique palpable des centres nerveux; mais combien il est difficile d'assigner la nature et le siége de cette lésion. Nous ne cesserons de le répéter : il n'y a pas d'altération, il n'y a pas de formes de crânes propres à l'idiotie. Nul doute, comme le fait judicieusement observer M. Ferrus, que dans la majorité des cas les individus qui en sont atteints présentent des vices de conformation remarquables; mais nous sommes loin d'ajouter à ce fait la même importance et d'en tirer surtout, à l'exemple des phrénologues, des conclusions qui nous paraissent peu logiques. L'histoire d'une foule d'idiots ne fait mention d'aucune organisation vicieuse de la cavité crânienne, d'aucune altération sensible de l'organe encéphalique, et l'on n'ignore pas qu'un seul exemple bien constaté, et contradictoire aux idées généralement admises, peut renverser de fond en comble le système qu'elles ont servi à fonder.

M. Ferrus, qui toujours dans ses cours a procédé avec méthode, n'a pas manqué de motiver ses opinions par un grand nombre de faits; un idiot nommé *Ricard*, dont nous rapporterons l'observation, lui a servi d'exemple pour motiver ses idées sur la microcéphalie. Le second, désigné par la dénomination de l'inconnu, offrait au contraire un développement énorme de la tête, et cependant ses facultés étaient dans un abrutissement encore plus complet. Comment expliquer phrénologiquement cette différence? Le professeur a cru trouver raison de l'idiotie de l'inconnu, dans le manque de formes de différens points de la voûte crânienne, et dans une altération sensible de la substance encéphalique. Cette fois du moins, l'ouverture du corps est venue confirmer les prévisions de M. Ferrus. Mais de ce fait on ne doit pas conclure pour les faits à venir; ceux qui lui ressemblent sont d'ailleurs en trop petit nombre pour détruire le doute ou déraciner les croyances généralement admises.

L'obtusion des sens, avons-nous dit, peut, dans quelques cas, déterminer l'idiotie. Tel est l'exemple de Bauvinet, jeune idiot, que le professeur a montré aux élèves. Sourd, muet et rachitique, ce malheureux n'a pu donner à ses facultés intellectuelles le développement dont elles auraient été peut-être susceptibles, si la conformation de l'organe des sens avait permis de mettre en jeu chez lui les ressources de l'éducabilité.

Les albinos, malgré les dispositions heureuses de l'organisation de leur tête, offrent souvent des exemples d'idiotie. C'est à un vice de construction, à quelque maladie acquise, que M. Ferrus rapporte leur état d'abrutissement. Nous admettons avec M. Breschet, que la teinte des yeux tient chez eux à un défaut de pigmentum de la membrane choroïde. Ils sont nictalopes, tandis que les yeux noirs supportent bien mieux l'éclat du soleil. Le réseau muqueux de la peau manque également dans l'albinisme d'après certains auteurs, mais cette opinion nous paraît encore basée sur un trop petit nombre de faits pour emporter une conviction entière.

Si l'examen du cadavre des idiots ne donne, dans plusieurs circonstances, aucune altération organique capable d'expliquer les désordres fonctionnels, d'autres fois la nécropsie offre des résultats satisfaisans pour la science. Quelques autopsies de la Salpêtrière ont montré tantôt l'absence des parties les plus importantes du cerveau, et comme phénomène le plus saillant, l'épaisseur des os du crâne qui varie ordinairement de trois à six lignes. On a relaté encore au nombre des lésions cadavériques, le peu de profondeur des circonvolutions cérébrales, leur petitesse et l'aplatissement des lobes antérieurs du cerveau. L'atrophie de cet organe ou de quelques-unes des parties qui le constituent, est un symptôme des plus constans, et quelquefois la destruction en est complète chez les hémiplégiques. Georget a signalé à l'attention des observateurs, l'injection des nerfs des membres paralysés; en un mot, rien n'est plus varié que les diverses lésions anatomiques qui accompagnent l'idiotie.

Parmi les maladies de l'enfance qui coïncident avec le développement de cette aliénation, l'hydrocéphalie chronique occupe le premier rang, et les résultats cadavériques fournis par cette maladie sont plus constans et plus avérés. On rencontre alors un épanchement de sérosité tantôt dans les ventricules, tantôt à la surface du crâne; d'autres fois, enfin, la complication d'altérations diverses, telles que le ramollissement des parties superficielles de la pulpe cérébrale. A ces maladies du jeune âge, préside le plus souvent un vice scrophuleux, rachitique, etc., et ces différentes détériorations de l'économie, loin de nous mettre sur la voie de la découverte de la cause principale de l'idiotie, ajoutent encore à notre incertitude, et nous prouvent combien sont fautives toutes les explications phrénologiques exclusives, ne tenant compte que de la forme de l'organe dans l'étude de cette affection.

Nous devons sous ce rapport rendre justice à M. Ferrus, qui, malgré les applications fréquentes de la doctrine de Gall à l'étude des maladies du système nerveux, ne néglige pourtant aucune considération relative aux modifications organiques capables, comme les vices de conformation, d'engendrer l'idiotie.

Terminons ce court exposé par deux observations d'idiotie que le professeur a communiquées aux élèves en plaçant les deux aliénés sous leurs yeux.

Obs. I.—Richard, âgé de 17 ans, idiot de naissance, présente à l'examen un corps développé, bien conformé. La tête seule est petite et dirigée en arrière en forme de pain de sucre. La circonférence, mesurée de la tubérosité occipitale au milieu du front, donne 17 pouces 9 lignes.

Les organes des sens n'offrent, autant qu'on peut en juger, aucune altération notable; il n'en est pas de même des sens eux-mêmes, qui paraissent assez imparfaits. L'ouïe est peu sûre, le goût et l'odorat sont grossiers. Les corps les plus odorans ne sauraient impressionner la membrane pituitaire. Le toucher n'est pas sûr. Ses membres supérieurs, quoique bien conformés, ne se dirigent qu'en tremblant vers les objets, et ses mains n'arrivent que péniblement vers eux et ne les saisissent qu'avec difficulté.

Mal servie par ses organes, l'intelligence de Ricard doit être bien peu développée; aussi ce n'est qu'avec peine qu'il dirige son attention vers les objets. Il fait entendre quelques mots mal articulés : *A mort, à Bicêtre*, et comme un vrai perroquet, il les répète sans en connaître la signification.

Quoi qu'il en soit, l'attention n'est pas aussi nulle qu'on pourrait le croire, au premier abord; étourdi sans doute par les questions qu'on lui fait, Ricard regarde d'un air hébêté et ne répond rien; mais pour peu qu'on simplifie ces questions, qu'on stimule vivement son attention en lui pressant les mains ou en lui frappant les genoux, et surtout en excitant son appétit par l'appât de la nourriture, il répond par *oui*, par *non*, répète les derniers mots des phrases qu'il entend. Souvent aussi il revient à ses deux mots favoris (*Bicêtre, à mort*); quelquefois même on peut tirer de lui des chants d'une monotonie remarquable.

Du reste, Ricard n'a aucune reconnaissance pour les personnes qui le soignent; il leur sourit, mais il sourit également à tout inconnu.

La faim ne le fait jamais remonter à son dortoir. On est obligé de lui apporter ses alimens; il les reçoit avec empressement et jette les hauts cris si on les lui enlève. Il rend ses urines, ses matières stercorales partout où il se trouve, dans son lit, dans sa robe, sans être retenu par aucune considération.

Obs. II. Inconnu. — La taille de l'inconnu est de 4 pieds 4 pouces. La tête, assez volumineuse, ne présente sous d'autres rapports, rien de remarquable. Sa circonférence, mesurée de la tubérosité occipitale au milieu du front, donne 20 po. 2 lig.

Le corps entier de l'inconnu est peu développé, aussi ne lui donne-t-on pas plus de 14 à 15 ans. L'abdomen a un volume considérable. Le thorax, au contraire, présente dans tous ses diamètres une diminution sensible. Malgré ce rétrécissement, la respiration n'éprouve aucune gêne.

L'inconnu est sourd et muet, et pour toute expression de langage il fait entendre, tantôt une espèce de mugissement, tantôt un grognement continuel. Le goût et l'odorat sont imparfaits. Les corps les plus odorans et les alimens les plus sapides ne paraissent pas impressionner ses organes. Le toucher n'est pas sûr; ce n'est qu'avec peine qu'il saisit les objets. Quoique sa vue paraisse assez bonne, l'inconnu ne conduit que maladroitement sur les objets ses yeux dépourvus, du reste, de toute expression.

L'inconnu ne conserve pas la connaissance des lieux; il ne retrouve qu'avec peine son lit; souvent même il lui arrive de prendre une couche plus ou moins éloignée de la sienne, pour celle qu'il occupait la veille.

L'inconnu ne manifeste le sentiment de la faim par aucune expression de physionomie ou de langage; si on lui présente les alimens, il les prend maladroitement, et, pour les porter à la bouche, il avance fortement la tête qu'il rapproche des mains. Le goût de l'inconnu est tellement dans l'enfance, qu'il ne peut manger que du pain et de la viande; il rejette toute autre nourriture.

Au dire des infirmiers, l'inconnu, pressé par la soif, prendrait une tasse, puiserait de l'eau dans un seau, replacerait la tasse après avoir bu.

Les mêmes signes lui suffisent pour manifester sa joie ou sa colère; il pince ou mord les doigts des individus qui le flattent ou lui font mal. Lorsque nous visitâmes l'inconnu, il était arrivé à un degré de dépérissement et de marasmes voisin de la mort; il a succombé depuis quelques jours, et voici les résultats qui nous ont été transmis sur son autopsie.

Crâne. Les parois du crâne ont une épaisseur considérable d'environ 4 à 5 lignes. Les tables externes et internes n'ont point participé à cette augmentation.

La cavité du crâne est inégalement développée des deux côtés : à droite, le développement est plus considérable qu'il n'est à gauche, de sorte que cette cavité n'offre point la symétrie ordinaire.

En considérant cette cavité, on est porté à croire qu'une force interne agissant sur toutes ses parois, les a rejetées en dehors; aussi la partie inférieure de l'occipitale offre avec la partie supérieure du même os, un angle plus obtus que dans l'état normal.

Certaines éminences telles que l'apophyse *crista galli*; les extrémités des apophyses ptérygoïdes; la partie osseuse qui complète en bas le conduit auditif osseux, offrent un volume considérable, tandis que d'autres, telles que les apophyses d'ingrassias, sont peu développées, quoique soudées de bonne heure avec leurs bases.

Membranes. La dure-mère n'offre aucune altération; dans l'intérieur de l'arachnoïde se trouve épanchée une once environ d'un liquide seroso-sanguinolent.

L'arachnoïde, la pie-mère, paraissent cependant bien saines, quoiqu'elles soient un peu plus pâles que dans l'état normal.

Cerveau. Les circonvolutions du cerveau sont nombreuses, peu développées: les anfractuosités cérébrales sont peu profondes; la substance cérébrale paraît infiltrée d'un liquide séreux, qui lui enlève beaucoup de sa consistance.

Les ventricules latéraux sont énormément dilatés : ils ont au moins quatre fois leur ampleur normale. Le septum lucidum est déchiré en partie, et paraît formé de filamens fibreux, la substance cérébrale n'existant plus, par suite de cette déchirure les ventricules communiquent facilement l'un avec l'autre.

Le cinquième ventricule a aussi un développement considérable; on sépare facilement et dans une grande étendue, les lambeaux de ses parois latérales, qui forment en même temps le septum lucidum.

Le troisième ventricule est dilaté; la commissure molle et déchirée; la protubérance et le cervelet sont dans l'état normal.

Thorax. Les poumons, peu développés, sont sains.

Abdomen. Etat sain dans la totalité, si ce n'est le rectum qui est fortement gorgé de sang, et offre quelques altérations peu étendues.

II. — Imbécilité.

Nous avons vu les idiots incapables de combinaison intellectuelles, non susceptibles d'éducabilité, et n'ayant pas même, par le défaut des facultés perceptives, la conscience de leur individualité. Ces êtres disgrâciés, réduits à une vie purement végétative, doivent être soumis à la tutelle la plus absolue. Ils restent, en effet, au-dessous de la brute; car, le défaut de perception détermine non-seulement l'obtusion de l'intelligence, mais encore celle de l'instinct, départie par la nature à tous les animaux. Nous allons nous occuper d'une classe d'individus moins déchus des priviléges de notre espèce, c'est celle des imbécilles, qui présentent dans leur état différens degrés de la dégradation humaine.

L'imbécillité, dit M. Ferrus, peut être native ou acquise, comme l'idiotie. On peut la diviser aussi en plusieurs espèces, suivant qu'elle est le produit ou d'un arrêt de développement, ou le résultat des maladies de l'enfance, ou bien consécutive aux accidens survenus avant la puberté. Après cette époque de la vie, la perte ou l'affaiblissement des facultés intellectuelles reconnaît d'autres causes et prend des noms différens. Les arrêts de développement qui déterminent l'imbécillité peuvent dépendre tantôt d'un vice héréditaire, d'autres fois ils ne reconnaissent d'autres causes que la tendance des espèces à dégénérer; le plus souvent aussi ils proviennent des accidens survenus pendant la vie fœtale.

L'imbécillité acquise est le plus souvent consécutive aux maladies de l'enfance, telles que les convulsions, le strabisme, les exanthèmes repercutés, l'épilepsie, et les épanchemens ou exhalation de la sérosité, soit à la surface du cerveau, soit dans les cavités intérieures.

Les imbécilles sont doués du langage; mais il est rare que même dans ses moindres degrés, l'imbécillité ne soit pas accompagnée de quelques vices de la prononciation, et que la parole chez ceux qui en sont atteints ne soit pas tardive. Les caractères anatomiques et physiologiques qu'ils présentent sont à-peu-près semblables à ceux des idiots, mais à un degré plus faible. Les imbécilles sont rusés, voleurs, libidineux et gourmands; ils manquent de mémoire, de force, d'attention et de persévérance dans ce qu'ils entreprennent; ils ont, dans les classes élevées de la société, des velléités pour apprendre ou imiter ce qu'ils voient faire aux autres; ils ne peuvent se livrer qu'à des futilités; dans le monde, ils sont parfois des types de fatuité; ils ont des prétentions à l'esprit, à l'instruction, aux agrémens extérieurs; tout, en un mot, dans leurs manières, décèle la prétention, la suffisance et l'impéritie. La durée de leur vie est à peu près celle des idiots; ils dépassent rarement la vingt-cinquième année. La constitution générale est plus saine chez les imbécilles; les ravages du vice scrophuleux ne délabrent pas aussi profondément leur santé que celle des idiots; heureux si l'on pouvait vaincre leur paresse! leur organisation se raffermit alors, et ils deviennent capables de supporter d'assez rudes travaux M. Ferrus a insisté sur la nécessité de bien étudier les principaux caractères de la physionomie des imbécilles; car les questions de médecine légale leur sont quelquefois applicables, et leur examen n'est pas toujours sans difficultés. L'oblitération de l'intelligence n'étant que partielle chez eux, il est impossible d'en mesurer et d'en déterminer précisément le degré; et c'est plutôt d'après leur conduite que sur des règles fixes que l'on doit baser son diagnostic. Toutefois, ajoute M. Ferrus, l'étude de l'organisation est ici fort utile, et l'on peut sur cette classe d'individus faire l'application des observations phrénologiques avec bien plus de succès que sur les autres aliénés et le commun des hommes. La dissimulation en effet et l'instruction ne sont pas des moyens que les imbécilles exploitent pour fasciner les yeux. Incapables de calculs profonds et de persévérance, ils se montrent à l'œil de l'observateur à découvert et sans réserve.

Nous nous sommes assez prononcés ailleurs sur la valeur des appréciations phrénologiques dans l'aliénation mentale, pour ne pas entamer ici une nouvelle discussion. Malgré les réfutations les plus sérieuses la manie de tout mesurer par le compas phrénologique subsistera encore long-temps. Je ne serais pas surpris, si l'on établissait bientôt dans cet examen des règles de proportion; si l'on prétendait, par exemple, que le degré d'imbécillité est toujours en raison inverse du volume ou de la saillie de telle circonvolution cérébrale, et que l'idiotie est toujours en raison directe du degré de son aplatissement. Rapportons à l'appui de ces opinions quelques exemples d'imbécillité, pris encore dans les leçons chimiques de M. le professeur Ferrus.

Obs. III. — Després dit Savolte est âgé de 52 ans. Dans son enfance, ses camarades le disaient *timbré*. De l'âge de 14 ans à 29 ans, on le fit travailler dans la menuiserie; mais l'inaptitude de Després au travail, les pertes qu'il faisait éprouver à ses parens par sa maladresse, le forcèrent de quitter ce métier. Ce fut alors que, ne pouvant rester à charge à sa famille et vivre sans rien faire, il fut conduit à Bicêtre, où il est depuis 1811.

La circonférence de sa tête, de la tubérosité occipitale au milieu du front est de 19. p. 1/2.

Després est d'une petite stature, ses membres sont bien conformés, les organes génitaux ont un développement considérable; l'organe vocal est, au contraire, peu développé, aussi la voix de Després est elle grêle et féminine.

L'intelligence de Després est si bornée sous certains rapports, qu'on peut, sans trop blesser son amour-propre, l'assimiler à la brute.

Il est d'une gourmandise extrême; si on épie ses actions, on le surpend à chercher dans les ordures des restes d'alimens; il les fait cuire dans du suif qu'il ramasse sur les chandeliers, et confectionne ainsi un ragoût qu'il avale gloutonnement. Després se livre aussi effrontément à la masturbation; il est vil et rampant; s'il aborde ceux qu'il craint, il se prosterne à deux genoux et se traîne ainsi jusqu'à leurs pieds.

En opposition a ses vices, Després à des qualités remarquables. Il s'attache aux personnes qu'il sert, et conserve de la reconnaissance pour les services qu'on lui rend. Domestique probe, il a un soin particulier de ce qui appartient à son maître, et si par hasard un objet est égaré chez lui, Després est dans des transes mortelles jusqu'à ce que l'objet soit retrouvé. Sa complaisance est extrême, mais il faut l'avouer, la crainte que lui inspirent les hommes, ou l'espoir d'une récompense, sont les principaux mobiles de sa bonne volonté.

Savolte est d'une galanterie extrême auprès du sexe, il est rempli d'égards et de petits soins pour les dames. Je voudrais, dit-il, une maîtresse! que je serais heureux si elle était belle femme; du moins pourrait elle me défendre!

Ses facultés intellectuelles n'offrent pas un développement ordinaire. Savolte ne sait pas bien lire, il n'a jamais pu apprendre à écrire. Il passa quinze années de sa vie dans la menuiserie, et jamais il ne put parvenir à faire le moindre ouvrage. Aujourd'hui toutes ses paroles, toutes ses actions se ressentent de cette demi-imbécillité, et cependant les fonctions de l'intelligence s'exécutent assez bien. Il a de la mémoire; il peut exercer son attention, sa comparaison, son jugement; mais le seul mobile de ses actions, et c'est ce qui le rapproche encore plus de la brute, paraît être l'amour de soi, l'amour de sa conservation; l'égoïsme, en un mot, porté au plus haut degré.

Obs. IV. — Denis Cacou, âgé de 45 ans; Simon Cacou, âgé de 42 ans.

1° CONFORMATION DU CRANE DE

Denis Cacou.

La grande circonférence du crâne est de 19 pouces 17 lignes. La masse cérébrale est en général portée en haut et en arrière; les lobes postérieurs sont assez proéminens. Le diamètre qui s'étend d'une apophyse mastoïde à l'autre est de 4 pouces 1 ligne. Le front, sans être très-resserré, est peu élevé.

Simon Cacou.

La grande circonférence de cette cavité a 20 pouces 10 lignes. La masse cérébrale est allongée d'avant en arrière. Les tempes font une saillie assez remarquable. Le front est assez haut. D'une apophyse mastoïde à l'autre, il y a 4 pouces 4 lignes. Le front s'élargit supérieurement en fuyant vers les tempes.

2° ÉTAT INTELLECTUEL DES DEUX FRÈRES.

Il est impossible de tirer de grands renseignemens des deux frères. Tous les deux font les mêmes réponses; l'un répète ce que l'autre a dit; ils ont tous les deux 3 ans, 4 ans, l'âge que l'on veut.

Ils ont même nom, même prénom; Pierre, Jean, Denis, etc. Cependant par instans le plus jeune répond plus juste que son frère. Il se dit âgé de 40 ans, demeurant à Bicêtre depuis 1813. Il a appris l'état de tanneur, mais n'a pu lui suffire pour vivre. Tous les deux se rappellent d'avoir été à l'école; l'aîné surtout ne peut oublier les coups qu'il a reçus de son maître; il les date seulement de quelques mois. Il connaît tout ce dont on lui parle, et répète d'une manière inintelligible et en bredouillant les phrases les plus incohérentes; il paraît le plus souvent n'y ajouter aucun sens. L'attention du jeune se fixe assez facilement; celle de l'aîné est d'une difficulté extrême à fixer.

Les sens paraissent chez Simon dans leur intégrité. Chez Denis, l'ouïe et la vue sont imparfaites. Le premier se rappelle que la veille il a été au parloir, aux colonnes neuves, où il s'est fort ennuyé.

Le second se rappelle qu'il a vu son frère; mais il ne sait pas quel jour, dans quel lieu. Il me prend même pour son frère et me fait des caresses. L'un paraît bon, c'est le jeune; l'autre s'emporte et est très-irascible. Il ne veut pas cependant l'avouer; il craint un châtiment. Aussi flatte-t-il les gens qui lui font ce reproche. Le jeune est occupé à tourner la roue du grand puits. Il passe pour bon travailleur. L'aîné ne sait rien faire; à peine s'il peut traîner maladroitement une voiture. Il a cependant quelques bonnes qualités. Il est rempli de sentimens d'affection; aussitôt qu'il vit son frère, il courut à lui et le combla de caresses. Le jeune se livre moins à des sentimens affectueux; il regrette bien son pays, où il voudrait retourner; mais bientôt l'oubliant, il demande instamment à aller aux bons pauvres. Simon vit donc dans l'avenir; il espère un changement dans sa position. Denis, au contraire, ne s'occupe que du présent; le travail a peu d'attraits pour lui. Il a cependant un avantage immense sur son frère, celui de la conscience de son imbécillité: Simon ne se croit pas différent des autres hommes. Tous les deux sont bien constitués et d'une santé robuste.

§ III. Démence.

Après avoir tracé l'histoire générale de la démence et

de la stupidité; après avoir différencié ces deux affections entre elles, et tracé les lignes de démarcation qui les séparaient de l'idiotisme et de la manie, M. Ferrus est entré dans des considérations pratiques du plus haut intérêt. Contrairement à l'opinion généralement admise et professée par les grands maîtres, le professeur de Bicêtre a soutenu qu'il n'existait pas de démence sénile. Il se refuse à admettre que les progrès seuls de l'âge puissent déterminer cet état chez l'individu dont le cerveau est favorablement constitué; et il fait observer que si la plupart éprouvent un affaiblissement de la mémoire, et surtout de la mémoire des mots, ce phénomène est loin de constituer la démence. En effet, dans tout son service de l'hospice de Bicêtre, il n'existe pas un seul cas de démence sénile; et nous avons pu nous convaincre que l'oblitération des sens elle-même n'entretenait pas, chez certains vieillards, ce dégré d'aliénation mentale qui constitue la démence. C'est aux prédispositions et aux excès que M. Ferrus rapporte les causes de cette affection. Des exemples nombreux, qu'il serait trop long d'énumérer ici, viennent confirmer cette opinion. Tous les *démens* qui ont été soumis à notre examen offraient la plupart des caractères généraux que nous allons tracer. Leurs perceptions étaient nulles ou faibles; leur mémoire manquait d'impressions; leur intelligence était dans un état d'affaissement et de collapsus profond. Le cerveau des individus en démence manque d'énergie, d'intensité d'action, et quelquefois leur masse encéphalique se distingue par de belles proportions. La pulpe cérébrale, il est vrai, finit par s'altérer lorsque le désordre de l'intelligence a persisté pendant long-temps. La face des démens est pâle; leur physionomie immobile demeure sans expression; leurs yeux sont ternes ou larmoyans, leurs pupilles dilatées, ou contractées; leur regard incertain. Le corps de ces aliénés souvent maigre et grêle, est d'autrefois remarquable par son obésité. Ce phénomène se montre surtout quand la manie se transforme en démence. Les fonctions s'exécutent alors avec assez de régularité, tandis que dans l'idiotisme le dépérissement considérable du corps est la suite constante du défaut d'activité de l'innervation. Plus le moral est profondément affecté et plus la détérioration physique est sensible. La santé des démens subit néanmoins les atteintes de maladies qui impressionnent d'une manière fâcheuse leur économie. Le scorbut et la paralysie viennent souvent aggraver leur état, et ils succombent dans un âge peu avancé, avec tendance manifeste de tous leurs tissus à la liquefaction.

Parmi les causes de la démence, on cite les ennuis prolongés, des sentimens trop religieux et les grands revers de fortune. Mais ces différens mobiles ne peuvent avoir d'influence bien prononcée sur le développement de l'aliénation mentale qu'autant qu'il existe une prédisposition individuelle. Rien de plus obscur d'ailleurs que l'*étiologie* de la démence; rien de plus variable que les altérations anatomiques qu'elle présente. Nous savons tous que l'hérédité joue un rôle principal dans son développement, mais nous ignorons complétement le *modus agendi*.

M. Esquirol, dans ses nombreuses recherches anatomico-pathologiques, avait rencontré une telle versatilité dans les résultats cadavériques, qu'il s'était abstenu de porter la moindre conclusion. Etoé plus hardi avait considéré la démence aiguë comme résultat de l'œdème cérébral. Le professeur de Bicêtre a développé cette thèse avec un rare bonheur, et a prouvé le scalpel à la main que l'infiltration séreuse du cerveau occasionait souvent la démence. M. Ferrus a démontré encore par de nombreuses observations que cette maladie pouvait être la suite de presque toutes les affections cérébrales. Celles qu'il a le plus particulièrement rencontrées sont: « les épanchemens sanguins dans la cavité crânienne et le ramollissement partiel de la pulpe encéphalique. Mais il faut alors que ces altérations s'établissent progressivement et sans accidens trop aigus, ou qu'elles portent sur des individus prédisposés à l'abolition des facultés perceptives et intellectuelles. »

Les dérivatifs puissans sur l'intestin; l'exposition au grand air, l'insolation, les frictions sur la peau, les fumigations aromatiques, un régime léger et substantiel; les amers, les toniques, les vésicatoires, et pendant les paroxysmes d'agitation, les évacuations sanguines; tels sont les moyens mis en usage à Bicêtre pour combattre ou mieux amender les symptômes de la démence. Mais pourquoi dissimuler le peu de succès de cette médication contre une maladie trop souvent incurable! Malgré les soins les mieux dirigés et les mieux entendus; malgré toutes les puissances d'une thérapeutique morale et d'une médication matérielle; malgré la salutaire influence de tous les agens physiques extérieurs les plus propres à combattre les désordres des facultés intellectuelles, le trouble de l'intelligence persiste, et la mort arrive sans que les ressources de l'art puissent la prévenir. Heureusement, quelques exceptions encouragent le zèle du médecin, et la société et l'humanité lui font un devoir de ne pas abandonner un malheureux qu'il est encore en son pouvoir de soulager.

DÉMENCE. — CHOLÉRA. — MORT. — RAMOLLISSEMENT DE LA PULPE CÉRÉBRALE ET ÉPANCHEMENT SÉREUX DANS L'ARACHNOÏDE ET LES VENTRICULES.

Obs. V. — Landregin a 54 ans; né près Paris (à Saint-Ouen), il a passé la plus grande partie de sa vie à voyager. Après un séjour de vingt ans en Angleterre, où il était cuisinier, il parcourut l'Allemagne, la Suisse, l'Italie avec ses différens maîtres, qui étaient Anglais, et auxquels il servait d'interprète.

Doux et facile à vivre, à peine montrait-il dans l'occasion l'énergie nécessaire, se laissant abattre par le moindre obstacle et se tourmentant pour le sujet le plus léger. Très-sobre et fort réglé dans sa conduite, il avait pu amasser quelque argent qu'il plaça chez un banquier anglais. Il paraît qu'il fut indignement trompé par cet homme, qui, niant avoir reçu de l'argent de lui, le menaçait de le faire arrêter s'il poursuivait ses

demandes, ou bien prétendait être en faillite et hors d'état de rien rembourser.

Cette perte et toutes ses circonstances causèrent de grands chagrins à Landregin et un grand trouble dans son intelligence. Il quitta l'Angleterre et revint à Paris en 1829. Bien que ses facultés fussent déjà fort affaiblies, il put travailler un an dans les cuisines du roi. 1830 lui fit perdre sa place, et ce nouveau malheur aliéna tout-à-fait Landregin; il devint incapable de rien faire. Pendant trois ans, sa femme le garda chez elle; la misère la força de le faire mettre à Bicêtre. Il y est entré le 14 août 1833.

Depuis son entrée, il a toujours présenté le même état mental. Il est tranquille, soumis, vit bien avec ses voisins, importune tous les jours pour qu'on veuille bien lui donner une place et lui rendre sa liberté, et vous demande immédiatement après si vous parlez anglais, s'offrant de vous servir de truchement. Il se rappelle parfaitement tout ce qui lui est arrivé; ses discours sont peu suivis et reposent sur les mêmes idées. On l'a trompé, volé; on lui a pris son argent; il lui est impossible d'obtenir une place quand il y en a tant d'autres qui en ont trois ou quatre à la fois et qui même en refusent.

Malgré l'abaissement de ses facultés, il est fort sensible et se montre reconnaissant des soins qu'on lui donne. L'idée de recouvrer sa liberté et d'obtenir une place le fait pleurer de joie.

Il n'a nulle conscience de son état; ses facultés intellectuelles, selon lui, n'ont éprouvé aucun échec. Toujours prêt au travail, il ne soupire qu'après le moment de vaquer aux occupations de la place qui lui manque; s'il n'a pu l'obtenir, c'est par la méchanceté des autres qui se moquent de lui, lui volent son argent et le laissent dans la misère, et nullement à cause de son affaiblissement général intellectuel et physique.

AUTOPSIE DE LANDREGIN.

Landregin, au mois de janvier dernier, fut pris du choléra, qui sévit à cette époque sur la cinquième division, et en mourut.

Le crâne offrit une épaisseur normale (2 à 3 lignes environ); la dure-mère est plissée dans sa partie antérieure; on sent au-dessous d'elle le flot d'un liquide contenu dans l'intérieur de l'arachnoïde. Ce liquide est séreux et sa quantité est d'environ 6 onces. L'arachnoïde et la pie-mère n'offrent point d'altération appréciable. Il n'existe pas d'adhérence de ces membranes avec la substance cérébrale.

Le cerveau est comme infiltré de sérosité; il est ramolli dans sa totalité.

Les ventricules ont une ampleur plus considérable que d'ordinaire; ils contiennent chacun environ 2 onces de sérosité.

La protubérance, la moelle allongée et le cervelet ne paraissent pas moins ramollis.

—

DÉMENCE, AVEC PARALYSIE GÉNÉRALE A UN FAIBLE DEGRÉ. — ADHÉRENCES ET ÉPAISSISSEMENT DES MEMBRES. — RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

Obs. VI. — Manche est âgé de 32 ans et paraît avoir joui d'une assez bonne constitution; elle est aujourd'hui détériorée par les progrès de la maladie. Interrogé sur son âge, il assure n'avoir que 20 ans, et se dit l'aîné d'un frère qui en a 40; la chose paraît extraordinaire, mais tout le merveilleux cesse, lorsque Manche vous apprend qu'après être mort une première fois, il a eu le bonheur de revenir au monde. Il a des richesses considérables, plusieurs millions à dépenser par jour; il se trouve très-content de son sort, il est prince, et ne veut avoir des relations qu'avec des princes. Aussi du moment où on l'entretient, il accorde honneurs, biens et châteaux, le tout pour mettre les gens à son niveau : heureux si Manche était toujours aussi satisfait; mais comme mortel il a ses peines; il pleurera comme un enfant pour la moindre *contrariété*. Il demandera avec instance une augmentation dans la quantité de ses alimens; et un homme qui possède des millions se trouvera heureux quand on lui accordera un peu de vin; Manche ne dédaignera pas même un *sou*, qui doit contribuer à rendre plus agréable sa royale existence.

Il ne parle jamais de ses antécédens, cependant en attirant son attention, en la rappelant sans cesse sur les mêmes objets, on peut connaître par lui quelques points de son histoire.

Il est de Coulommiers; à 15 ans il apprit l'état de tailleur; il changea cette profession pour celle de cuisinier, et bientôt après il devint soldat; il ne sait à quel âge il se maria; il devait épouser ses deux filles, puis une seule, parce qu'on lui fit remarquer que la polygamie est un cas pendable. Finalement, il s'est marié avec la fille de Charles X. Voici la lettre qu'il a reçue de cette princesse : « Louis Pierre-François Manche » Isidore, je t'aime comme mes yeux, mon père, le roi » de France, t'aime aussi; viens faire mon bonheur, » je ferai le tien : à Clichy, notre premier rendez-vous. » Et Manche d'atteler ses 10,000 cerfs, de galoper comme le diable, et d'arriver à Clichy après avoir parcouru 10,000 lieues; et cependant, suivant lui, il n'avait qu'une demi-lieue à faire pour arriver à Clichy.

Sa femme est une simple couturière; il le dit ensuite ingénument, quand on lui demande l'état de cette femme.

La première réponse que me donna Manche sur le nombre de ses enfans, c'est qu'il en avait dix-sept; mais en lui demandant le nombre des garçons et des filles, il répondit qu'il avait deux garçons et deux filles. Revenant ensuite à ses richesses et à ses honneurs, il raconte qu'un beau jour, pas plus tard qu'hier, il alla trouver son beau-père Charles X : « A propos, beau- » père, lui dit-il, vous m'avez donné la fille, à quand » la dot? » C'est juste, répliqua le roi, et alors des dignités, des décorations, des millions, des châteaux lui furent donnés.

Manche a succombé dernièrement ; nous relaterons ici les résultats cadavériques recueillis sous les yeux de M. Ferrus, par les internes de Bicêtre. Nous devons les principaux détails de ces observations à l'obligeance de ce professeur.

NÉCROPSIE.

Crâne. L'épaisseur des os du crâne est peu considérable.

Les hémisphères cérébraux ne remplissent pas entièrement la dure-mère. Cette membrane est plissée dans la partie antérieure.

Membranes. L'arachnoïde contient environ une once de sérosité sanguinolente, ainsi cette membrane et la pie-mère, paraissent épaisses. Elles sont d'un blanc opaque; un liquide est infiltré dans ses membranes : ce liquide est plus abondant dans les points qui correspondent aux anfractuosités. En faisant quelques incisions dans ces points, on ne parvient pas à obtenir de sérosité.

L'adhérence de ces membranes avec la substance cérébrale est très-prononcée, surtout en haut, au niveau des glandes de Pacchioni. En enlevant les membranes, on enlève en même temps des lambeaux de substance grise.

Celle-ci est ramollie; la substance blanche l'est beaucoup moins.

Les ventricules latéraux ont leur volume ordinaire; on y trouve environ une once d'une sérosité sanguinolente.

La couche optique et le corps strié du côté gauche n'offrent point d'altération.

La couche optique du côté droit offre une altération locale : on croirait à un foyer apoplectique de la grosseur d'un pois. Une altération analogue se trouve dans le pédoncule du cerveau du même côté; autour de ces foyers, la substance cérébrale se trouve raréfiée et ramollie, point d'altération dans la protubérance et le cervelet.

§ IV. — Hallucinations.

Après l'étude de l'idiotie, de l'imbécillité et de la démence, M. Ferrus passe à l'histoire des maladies mentales dans lesquelles les facultés primitives, au lieu d'être éteintes, ne sont que perverties. Ici commence l'exposition d'une nouvelle série de phénomènes, et nous passons de l'abrutissement humain au désordre et parfois à l'exaltation seule des facultés intellectuelles. Les hallucinations servent de lien de transition au professeur pour conduire ses élèves sur ce nouveau terrain. Il examine jusqu'à quel point ce désordre de l'esprit se lie au trouble direct des facultés perceptives ; fidèle ensuite à sa méthode d'enseignement, il énumère les phénomènes consécutifs à ce genre d'aliénation mentale.

Les hallucinations diffèrent des simples illusions en ce que ces dernières portent sur des erreurs de perception relatives à des objets présens, tandis que dans l'hallucination le malade croit à la présence de corps qui n'existent réellement pas, et à la réalité d'une perception qui ne porte sur aucun objet. M. Ferrus cite un travail récent de M. Esquirol comme l'ouvrage où cette différence est le plus clairement exposée. Il combat ensuite l'opinion de Reil, adoptée par M. Broussais, qui tend à faire considérer les hallucinations comme des rêves.

Dans des discussions philosophiques aussi profondes, nous nous abstiendrons de nous prononcer. Il est des questions si épineuses que pour les résoudre on ne trouve pas toujours des juges compétens. Quelques-unes surtout nécessitent une profondeur de pensée, une maturité de jugement que nous sommes loin de posséder ; les esprits même les plus familiarisés à ce genre de recherches font souvent défaut; nous préférons d'ailleurs avouer humblement notre incapacité que de nous fourvoyer dans une polémique d'où rien d'utile ne jaillirait au profit de la science. Passons donc à un sujet plus important ; je veux parler de l'examen des opinions contradictoires sur le point de départ ou sur le siége réel des modifications organiques auxquelles les hallucinations doivent leur origine. Notre manière d'envisager cette question est entièrement conforme à celle du professeur de Bicêtre. Nous ne pensons pas que le siége de l'hallucination se trouve dans les appareils sensitifs, auxquels l'erreur de perception paraît se rapporter. Souvent M. Ferrus a répété les expériences de Frank, de M. Esquirol, et c'est toujours sans succès qu'il a tenté de faire cesser l'hallucination, soit en privant le sens de son excitant naturel, soit en stupéfiant l'appareil sensitif par des applications sédatives. C'est en vain qu'un halluciné cherche à se débarrasser de ses perceptions importunes en se bouchant hermétiquement le nez ou les oreilles ; son hallucination persise toujours; elle s'attache à lui comme un remords ; partout elle suit ses pas. Heureux les aliénés dont l'erreur des sens ne crée que des images séduisantes ou n'engendre que des sensations agréables ? Pour celui qu'un démon vengeur flagelle à coups redoublés, ses souffrances ne s'éteindront qu'avec sa vie ou persisteront jusqu'à ce que le jugement puisse rectifier l'erreur de ses sens. Nous avons été témoins d'un exemple confirmatif de cette dernière assertion. Un halluciné de Bicêtre nommé B...t croyait entendre différentes voix qui s'adressaient à lui ; rien ne pouvait le dissuader dans les premiers temps de sa maladie; mais lorsqu'une amélioration notable fut survenue dans ses facultés intellectuelles, le malade continua à percevoir la même sensation, qui ne le préoccupa plus ; car, disait-il, je crois entendre des voix, il est vrai ; mais pourquoi m'inquiéter ? c'est une erreur !

L'état pathologique de certains organes peut encore fournir des argumens en faveur de ceux qui prétendent que le siége des hallucinations ne réside pas dans une modification des appareils sensitifs où semble se rapporter l'erreur de perception. Ainsi la cataracte, avant d'anéantir la vue, trouble quelquefois les fonctions visuelles de manière à donner lieu à des aberrations fonctionnelles des plus singulières. L'individu cependant n'est pas halluciné ; ses facultés intellectuelles

l'attestent, et il conserve le pouvoir de rectifier par le jugement le témoignage incorrect de ses sens. Le professeur nous a rapporté une observation d'hallucination de la vue chez un aveugle. Les auteurs qui ont soutenu l'opinion contraire à celle que M. Ferrus défend ont cru trouver dans la thérapeutique des preuves à l'appui de leur manière de voir. S'étayant d'une maxime d'Hippocrate, qui dit que le traitement des maladies dévoile leur nature, ils ont rapporté des cas de guérison où la médication n'avait été cependant dirigée que sur l'appareil d'où émanait l'erreur de perception. C'est ainsi que des injections de belladone dans le conduit auditif ont remédié quelquefois à des hallucinations de l'ouïe les plus fatigantes.

Nous ignorons s'il existe dans la science des exemples bien avérés de semblables succès. Toutefois, il ne faut pas se hâter de conclure sans avoir approfondi le mode d'action du médicament que l'on a employé pour combattre l'hallucination. Il est des remèdes qui ne bornent pas seulement leurs effets au lieu même de leur application; les narcotiques, par exemple, ont la vertu de stupéfier les centres nerveux ou de les modifier de telle sorte qu'ils ramènent leurs aberrations fonctionnelles à leur type normal. Nul doute que dans quelques cas infiniment rares la perversion des facultés perceptives sera causée par une altération des sens; mais le plus souvent l'hallucination en est tout-à-fait indépendante. Nous croyons donc avec M. Ferrus, jusqu'à plus ample informé, que l'hallucination ne consiste pas dans une maladie des sens ni des cordons nerveux intermédiaires entre l'appareil sensitif et le cerveau, mais qu'il faut, pour en donner une explication satisfaisante, reconnaître un trouble ou une modification quelconque survenue dans l'encéphale.

Une division naturelle et très-importante des hallucinations est celle qui permet de les étudier suivant qu'elles sont externes, c'est-à-dire lorsqu'elles paraissent prendre leur source dans les appareils sensitifs extérieurs, ou qu'elles sont internes, et elles dépendent alors de certaines perversions de la sensibilité organique ou végétative. Leur intensité varie à l'infini; tantôt isolées, tantôt générales, elles entraînent plus ou moins le trouble des autres facultés; elles peuvent bien évidemment, a dit M. Ferrus, précéder le délire et persévérer aussi après sa cessation. Il était nécessaire d'appuyer par des faits ces diverses propositions, et l'hospice de Bicêtre est un vaste entrepôt où les matériaux de ce genre ne sont que trop communs. Nous rapporterons à ce sujet quelques observations qui ont été communiquées par le professeur aux élèves de la clinique.

Obs. VII. — H... est un jeune homme qui a reçu quelque éducation. Sa conduite régulière lui avait attiré l'amitié d'un grand nombre de personnes, et surtout celle d'un colonel, dont il passe pour être le fils naturel.

Il paraît qu'il avait cependant un caractère bien changeant; car il fit successivement diverses entreprises sans en conduire une à fin. Les difficultés qu'il éprouvait dans telle carrière le portaient à en rechercher une autre, où il devait trouver de nouveaux obstacles. Il y a quelques années qu'il perdit sa mère, atteinte comme lui d'aliénation mentale; elle avait passé les dix dernières années de sa vie à Charenton, où elle mourut.

H... depuis deux ans était retiré à Avranches, vivant dans l'insouciance et dans l'inoccupation. Un jour, voyant passer un convoi, il lui prit fantaisie de le suivre. Arrivé à l'église, croyant voir la tête chauve du mort, il se dirigea vers la bière et plaça dessus son chapeau, dont le mort, disait-il, avait besoin. Depuis cette époque jusqu'à son entrée, il se plaignit souvent d'ennemis qui le poursuivaient, empoisonnaient ses alimens et voulaient le faire périr. Un jour, tout hors de lui, il vint trouver son ami. C'en est fait de moi, lui dit-il, j'ai violé une petite fille; on va me tuer.

Lors de son entrée à Bicêtre, H... paraissait tellement jouir de toute sa raison, qu'on crut d'abord qu'il y avait eu erreur; mais on ne fut pas long-temps trompé. A peine avions-nous eu le temps de sortir de la salle, que H... arrive tout en sanglotant. Il demandait qu'on le protégeât contre l'électricité, qui arrivait à lui de toutes parts.

Depuis quelque temps ce malade n'avait donné aucun signe d'hallucination, lorsqu'il y a environ six semaines la maudite électricité vint encore le tourmenter, et croyant qu'elle partait du lit de son voisin, il se leva en colère, lui donna quelques coups, et menaçait de l'étouffer sous un oreiller, si l'on n'était pas venu le secourir.

Le 27 septembre de cette année, il écrivait cette lettre à M. Ferrus :

« J'ai déjà eu l'honneur de vous écrire plusieurs lettres pour vous demander ma sortie; elles sont toutes restées sans réponse positive. Plusieurs promesses de souscrire à ma demande m'ont été données; mais elles n'ont point eu de résultat. La cause de ma détention, je l'ai toujours ignorée.

« Je ne sais maintenant à quoi m'en tenir: j'avale fort passablement les chats et les souris sans laisser la moindre apparence de queue sur mes lèvres, ce qui dénote d'une manière évidente que je n'ai jamais fait de tort à personne, ainsi que l'administration de Bicêtre paraît fantasmagoriquement me le dire. Je craindrais de vous ennuyer si je vous donnais tous les détails fastidieux des jongleries qui se passent autour de moi, à chaque minute du jour et de la nuit.

Obs. VII. — Charles D...., ancien professeur du collége de Versailles, a toujours été un homme fort singulier, plein d'orgueil et d'amour-propre. Alors même qu'il était le plus en état de remplir ses fonctions, il avait la prétention de se croire un des génies du siècle, et se disait ami intime des littérateurs les plus distingués. Pour le prouver, il venait à Paris aussitôt qu'il paraissait un ouvrage, l'achetait, écrivait en tête; l'auteur à son ami Charles D...., comme si on lui en eût fait hommage, et de retour à Versailles, montrait la suscription à ses collègues, qui restaient convaincus de la

réalité de la chose. L'exaltation de son esprit allant toujours croissant, il commença à faire des théories sur la nature des choses, la formation du monde et des idées, etc., etc. Il vit tous les soirs se promener sur la corniche de sa fenêtre un homme qui marchait la tête en bas, les pieds en l'air : il le dit et on crut qu'il plaisantait. Bientôt on fit de la physique et de la chimie autour de lui, de telle sorte qu'il lui fut impossible de rester chez lui, il entendait les choses les plus étranges, des sifflemens, des bourdonnemens, des démons.

Dans les premiers temps de son séjour à Bicêtre, il développait fort longuement sa théorie de la composition des idées avec l'acide carbonique; il en parle encore souvent, mais il ne met plus la même suite dans ses discours. Ainsi, après avoir longuement et presque savamment parlé sur la philosophie, l'histoire, les lettres, les sciences, il vous dit que ses idées se combinant avec l'acide carbonique, s'élèvent dans les airs, prennent des figures, des formes de démons qui se précipitent sur lui, le tourmentent de mille manières, et causeront la ruine de la maison si on ne le retire pas d'ici. Pour échapper à ces bruits qui le fatiguent, à ces voix qui lui parlent toute la nuit et l'empêchent de dormir, il ferme hermétiquement les portes et les fenêtres, et reste sans cesse occupé à ne point les laisser ouvertes. Il se bouche avec soin les oreilles, avec de l'amadou, des chiffons, du papier mâché.

Dans la chambre qu'il occupait, il prétendait exister entre les deux plafonds un cabinet de chimie et de physique où se préparaient les démons et l'acide carbonique qui troublaient son existence. On lui prouva que c'était impossible. Alors les miasmes, les influences vinrent d'un autre côté, par le plus petit trou, par la serrure, par l'espace compris entre la porte et le parquet. Comme il était beaucoup plus halluciné la nuit que le jour, on essaya si le voisinage d'un garçon couché près de lui et lui parlant pourrait le calmer et lui faire apercevoir ses illusions : ce fut inutilement, Charles D.... eut grand peur; il prétendit que quelqu'un avait voulu l'assassiner la nuit, qu'il avait fort bien entendu sa voix et ses projets, et son agitation était extrême. Charles D.... a la prétention d'écrire sur quelque sujet que ce soit, il possède une facilité prodigieuse pour l'accomplissement de certains actes. Il jouit d'une mémoire excellente et donne souvent comme de lui des morceaux entiers qu'il a appris dans nos grands auteurs; il se les rappelle très-bien, et les habille à sa façon pour se les approprier. « J'ai, dit-il, trois cents articles de journaux qui » n'attendent que ma sortie de Bicêtre pour voir le » jour. » Charles D.... n'a aucune conscience de ces hallucinations, il se croit véritablement persécuté, et implore tous les jours sa liberté pour échapper à ses ennemis et reprendre ses travaux littéraires.

Obs. IX. — M... âgé de 29 ans, était cloutier à Paris, toujours très-porté à la dévotion, il négligea bientôt ses travaux pour ne plus s'occuper que de religion; passant une partie de la journée à faire des prières, à lire les livres saints et à fréquenter les églises. Toutes les impressions religieuses étaient d'autant mieux ressenties par lui, qu'il les comprenait moins; bientôt il eut des visions, pénétra des mystères, et s'entretint avec l'esprit.

Depuis 1827 à 1828, les amis de M... l'ont toujours vu sous l'influence d'une manie religieuse, mais il n'y avait rien de désordonné dans ses actions. Il travaillait et faisait peu d'excès. Depuis la mort de sa femme, arrivée il y a quelques mois, ses dispositions au mysticisme se sont exaltées, il ne rêvait que messes, confessions, pénitences, etc. Il se relevait la nuit pour lire les livres saints.

Aujourd'hui, M... prétend être l'Apocalypse représentée à l'église par les sept chandeliers; il est un de ces chandeliers, et ses six autres frères sont des évêques tenant leur diocèse dans les différentes villes de France. Souvent il se trouve en communication avec eux à l'heure de minuit; cependant il est constamment en relation avec l'esprit qui parle en lui et auquel il répond tout bas. Il est enfermé à Bicêtre par les persécutions de Philippe et de son fils, ses ennemis éternels, qui ne veulent pas le reconnaître pour l'apocalypse; mais bientôt viendra le temps où la vérité se fera jour, alors il sera réuni à ses autres frères, et brillera de tout son éclat.

Martyr des iniquités des hommes, il attend la punition de leurs crimes : la terre et les cieux seront bouleversés à la voix de Dieu, tout sera confondu. J'assisterai, dit-il, à ces mystères et je serai reconnu à jamais pour la véritable Apocalypse.

La manie religieuse de M.... est accompagnée de délire général : ses idées ne sont pas toujours bien nettes par la difficulté qu'il éprouve à se les expliquer. Il n'est pas tranquille, il parle toute la nuit, sans qu'on puisse le faire taire. Il prétend alors qu'on vient le persécuter, qu'il entend des voix, et le jour il reste souvent en extase sur un pied, la main levée au ciel, comme s'il apercevait dans les airs un être surnaturel auquel il adresse la parole.

On a pu pendant quelque temps l'employer à balayer les cours, et tout en ramassant les ordures il se disait un ange où parlait de l'Apocalypse. Actuellement M.... ne veut plus travailler, il ne fréquente pas ses camarades, et ne leur parle même pas. Il reste tout-à-fait concentré en lui-même pour converser avec l'esprit qui lui fait voir les mystères des cieux.

Il nous resterait encore pour terminer cette analyse des leçons cliniques de M. Ferrus à parler du délire et de la manie. Nous renvoyons cette dernière partie de l'étude de l'aliénation mentale à l'époque où le professeur de Bicêtre reprendra son cours. Nous espérons que cet habile observateur ne laissera pas enfouis les riches matériaux qu'il possède, et qu'il se décidera bientôt à publier un ouvrage complet sur les affections du système nerveux; personne n'est mieux placé que M. Ferrus pour remplir cette tâche; il a déjà prouvé combien il est en mesure de répondre à ce que la science attend de sa position.

A. Boyer, D.-M. P.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

NOVEMBRE 1834.

N° DU 1er.

BULLETIN.

Choléra-Morbus de Bilbao (Espagne.)

(SUITE DU NUMÉRO PRÉCÉDENT (1).)

Dans la plupart des cas, tous les remèdes vantés en d'autres pays ont échoué, à l'exception de l'huile d'olive agissant comme vomitif.

Il faut remarquer que ce n'est pas la première fois qu'on a eu occasion de vérifier l'efficacité de l'huile dans les épidémies les plus terribles. On sait même que les personnes employées dans les fabriques d'huile, ont été exemptes des attaques de la peste; au moins des auteurs respectables ont avancé cette circonstance.

Quant à l'augmentation de la température à Bilbao pendant les progrès du choléra, personne dans la ville n'avait jamais senti une chaleur aussi intense. Le capitaine d'un vaisseau employé autrefois à l'achat des esclaves sur les côtes d'Afrique, et qui se trouvait à Bilbao à l'époque de l'épidémie, déclara à l'auteur que pendant tout le temps qu'il a voyagé dans ce brûlant climat (Afrique), il n'a jamais éprouvé un tel degré de chaleur.

Voici maintenant le nombre des morts depuis le commencement du choléra à Bilbao jusqu'à sa disparition complète.

12 Septembre.	Vendredi le nombre des morts montait à	5
13	De samedi soir à dimanche soir,	116
14	dimanche à lundi,	94
15	lundi à mardi,	73
16	mardi à mercredi,	36
17	mercredi à jeudi,	48
18	jeudi à vendredi,	32
		404
19	vendredi à samedi,	28
20	samedi à dimanche,	34
21	dimanche à lundi,	20
22	lundi à mardi,	35
23	mardi à mercredi,	24
24	mercredi à jeudi,	19
25	jeudi à vendredi,	28
26	vendredi à samedi,	17
27	samedi à dimanche,	8
28	dimanche à lundi,	3
29	Personne n'est mort du choléra.	
		620
	Sur 1000 soldats, dont 300 étaient malades à l'apparition du choléra, il en est mort parmi les derniers,	150
	Morts dans les paroisses voisines,	235
	Total des morts, dans l'espace de 16 jours,	1000

J.-L. STUTEL.

(1) Voir tome XXVII de l'Encyclographie, p. 163 de la *Lancette*.

HOTEL-DIEU DE TROYES.

Observation d'une masse de vésicules hydatiformes pesant trois livres, poids vulgaire développée dans la cavité utérine.

Par le docteur BÉDOR, chevalier de la Légion-d'Honneur, ex-officier de santé dans la marine et les colonies, ancien chirurgien-major aux armées, attaché en chef à l'hôpital civil et militaire de Troyes.

> Muy varios son los lances en donde los fetos no maduros, o por abortos o por muchisimas otras casualidades, no llegan a nacer segum el orden que prescribe la natunaleza.
>
> (El doctor don ANDRÈS PIQUER.)

Avant-hier, surlendemain du 21 octobre, anniversaire ineffaçable de ma mémoire (1), je fus prié par la

(1) Celui de la mort honorable et trop peu honorée de mon intime confrère Carof, de Plontlalmezeau, près Brest. Ce jeune

sœur d'office à notre salle des femmes, d'examiner la malade couchée au n° 39, dans le service de mon collègue le docteur Carteron, absent. Cette femme, qui souffrait beaucoup davantage et se plaignait bien plus amèrement qu'à l'ordinaire, m'était déjà connue pour avoir, au côté droit de la région hypogastrique, une tumeur sphéroïde très sensible à la moindre pression. Nous en trouvions même le diagnostic assez difficile à bien établir pour que notre attention, à mon collègue Carteron et moi, fût dirigée avec une étude particulière sur cette tumeur abdominale.

Voici, entre les principaux faits concernant cette malade, ceux que je crois à propos de noter.

Marie Legrand, femme Chominot, tisserande nécessiteuse du village de Neuville-sur-Vannes, près Troyes, est dans sa quarante-troisième année. Sa complexion se montre résistante malgré une conformation générale un peu grêle. Sa menstruation est encore assez habituellement régulière. Elle a eu huit couches naturelles, quoique plus ou moins pénibles, et toutes les huit d'enfans arrivés bien a terme : la dernière de ces couches date de quatre ans.

Il peut y avoir une dixaine de mois qu'elle se jugeait au quatrième d'une grossesse ordinaire, quand elle eut une abondante perte de sang. Elle rendit alors, dit-elle une boule de chair lourde et ferme que nous jugeons, sur son dire, avoir dû être une môle charnue; mais qui ne fût malheureusement pas examinée, parce que la pauvre malade, à la campagne, et sous le poids d'une extrême misère, n'avait osé faire appeler personne à cette occasion.

Le mois suivant, ses règles firent une courte apparition ; elle ne les a plus revues ensuite.

Environ quatre autres mois après, la femme Chominot eut lieu de se croire encore une fois enceinte sans pourtant en être sûre. Cette pauvre femme devint, dans le même temps, de la part des villageois de sa commune, l'objet de propos offensans et d'imputations calomnieuses dont elle fut vivement affectée.

C'est à cette époque où elle éprouva, dit-elle, *trop de révolutions*, qu'elle rapporte l'origine de sa maladie actuelle. Ce fut alors aussi qu'une tumeur dure, arrondie, d'une très grande sensibilité à la pression et augmentant graduellement de volume, se manifesta dans la capacité de l'abdomen dont elle occupait le côté droit.

Admise à l'Hôtel-Dieu, dans le service de médecine, on avait opposé sans succès la saignée locale, les cataplasmes, etc., aux douleurs que lui causait cette tumeur abdominale d'une étiologie incertaine. Le toucher, auquel avait procédé avec soin, dès l'arrivée de cette malade à Troyes, un jeune accoucheur instruit et journellement exercé par la pratique, l'avait porté à nous déclarer que, dans sa conviction, l'utérus ne renfermait rien.

Plus de six semaines se passèrent ensuite sans autres phénomènes observés.

Dans la journée du 22 de ce mois, elle éprouva des douleurs plus fortes que toutes celles qu'elle avait endurées jusqu'alors. Il lui semblait, à chacune de ses douleurs, disait-elle, d'abord qu'on la coupait tout au travers du ventre, et aussitôt après, elle se sentait monter au cou une sensation d'étouffement insupportable.

Le 23, à la chute du jour, quand la sœur de la salle me pria, comme je l'ai dit, au moment où j'allais sortir, d'examiner cette femme, ses douleurs, qui s'étaient un peu ralenties, venaient de la reprendre avec violence.

Les signes évidens d'un travail de parturition chez la malade me frappèrent de suite quand je m'approchai d'elle. Je voulus donc immédiatement recourir au toucher, quoique la sœur me rappelât à ce sujet, qu'on avait pourtant bien assuré que la matrice ne contenait absolument rien. En parvenant à l'orifice utérin je le trouvai déjà dans un grand état de dilatation. En pénétrant ensuite dans cette ouverture, je sentis que mon doigt s'y enfonçait dans une substance mollasse et sans cohésion, qui se perforait et déchirait au plus léger contact. Quand je le retirai de la vulve, ce doigt n'était pas même ensanglanté. Je reconnus, comme on le devine sans peine, que cette substance devait être celle d'un placenta plus ou moins transformé dans son tissu vasculeux, et dont l'expulsion devait, désormais, tarder fort peu à s'opérer spontanément.

Comme cependant j'étais attendu ailleurs à heure fixe et forcé de m'y rendre sans retard ; comme rien ne me semblait d'ailleurs encore devoir être précipité dans le but d'abréger les souffrances de cette femme en travail, puisque c'étaient des douleurs utérines expultrices qu'elle éprouvait sans qu'il s'y joignît aucun des accidens qui obligent à brusquer les choses, je m'éloignai en recommandant bien de ne plus quitter cette malade un seul instant.

J'avais aussi recommandé en partant, de faire venir près d'elle M. Viardin, notre ancien élève, officier de santé, adjoint au service chirurgical de l'hospice. Il y était vers neuf heures du soir, lorsqu'il survint une abondante ménorrhagie coulant à l'extérieur. La vulve livrait en même temps passage à une portion de la masse placentaire transformée. L'aide-chirurgien présent se hâta d'introduire alors sa main autour d'elle dans l'utérus, dont l'orifice était assez ouvert pour la recevoir sans difficulté. Il reconnut que cette production anormale adhérait aux parois de la matrice dans plusieurs points, et en opéra le décollement successif avec ses doigts. Enfin cette masse inondée, mollasse et pesante, s'échappa au dehors, et il la recueillit aussitôt dans une grande terrine évasée.

---

chirurgien de marine, avant d'accomplir vingt ans, fut tué par un boulet à mes côtés, au combat naval de Trafalgar. Je me le rappelle surtout chaque année, à pareille époque. Tous les lecteurs appartenant à la profession médicale excuseront sans doute la commémoration que j'en hasarde ici, un peu étrangement, en songeant à l'ingrat oubli qui devient trop souvent, après un aussi généreux trépas, notre unique partage.

L'hémorrhagie cessa promptement ensuite, et les douleurs s'apaisèrent, dit la malade, comme si on les lui eût ôtées avec la main.

L'examen du produit expulsé nous le fit reconnaître pour une masse innombrable de vésicules hydatiformes, les unes ovoïdes et les autres régulièrement sphériques, variant pour le volume entre celui d'un gros pois et celui d'un grain de millet. Cette agrégation de vésicules transclucides, accumulées par miriades en une masse unique, n'affectait aucune forme. Elle s'étalait, s'affaissait et se répandait en glissant comme un corps liquide. Placée dans une balance, et déduction faite de la pesanteur du vase qui la contenait, cette masse hydatique pesait trois livres, non médicinales, mais bien de seize onces. Quelques faibles parcelles de fibrine se rencontraient vers son centre; mais ce fut bien en vain que nous tâchâmes de découvrir entre ces flots de vésicules quelques traces de l'existence d'un fœtus.

Nous n'avons pas plus réussi dans cette recherche que ne déclare l'avoir fait lui-même M. Cruveilhier (1), dans les deux cas de grossesses hydatiques tirés de sa pratique particulière. En voyant toutefois un savant anatomo-pathologiste aussi exercé que celui-là, penser que son observation dans ces deux cas n'a peut-être pas été assez attentive, et que cela ne prouve nullement qu'il n'existait pas de fœtus, je ne me sens point incliné, certes, à me prononcer ici plus que lui pour cette non-existence.

De toutes les maladies du placenta, dit M. le docteur Murat (2), celle par laquelle cette organe est changé en une masse vésiculaire est la plus fréquente. Il faut penser alors qu'elle s'offre aussi souvent à l'observation de l'honorable chirurgien de l'hospice de Bicêtre, qu'elle s'est peu rencontrée dans le nôtre et ses environs depuis vingt ans.

Une femme Vauthier, de Brienne, offrit toutefois, il y a treize ans, un cas pareil à mon confrère le docteur Delaine. D'autres confrères présens avaient cru, contre son opinion, à l'existence d'un fœtus vivant dans l'utérus de cette femme, et il l'avait dénié formellement. L'événement prouva qu'il avait raison par l'évacuation opérée après une hémorrhagie abondante d'un paquet hydatique énorme. On le reconnut du poids de huit livres, et chacun se plaisait à en remarquer les vésicules pédiculées et ralliées à un point central comme les grains d'une grappe de raisin. Une sage-femme, nommée mademoiselle Frémy, élève de madame Lachapelle, en adressa l'observation à cette savante et célèbre dame, dans l'avant-dernière année de sa vie.

Le fait dont je parle me rappelle aussi un singulier jugement précipité que porta, dans un cas semblable, un très-jeune chirurgien de la marine du port de Brest, ma ville natale.

A son premier embarquement, destiné à lui acquérir le temps de navigation exigé alors pour se présenter à l'avancement par le concours, son navire se trouvait en relâche dans une anse peu fréquentée de la côte de Bretagne.

Appelé près d'une paysanne en couche, il eut occasion de voir, pour la première fois de sa vie, une masse hydatique sortir de l'utérus. Il l'expédia aussitôt à notre professeur feu Duret père, à Brest, en lui annonçant qu'il venait de rencontrer *dans son voyage* le phénomène le plus merveilleux. C'était, écrivait-il, celui de *plus d'un millier de germes humains fécondés* qui venaient d'être expulsés à la fois et produits par une seule imprégnation. J'en ai plus d'une fois égayé Théophile Laënnec, mon parent, en étudiant avec lui ces vers vésiculaires et copiant les dessins qu'il en avait faits.

Une personne de l'art commit dernièrement dans un des faubourgs de Troyes, une méprise aussi digne d'être citée.

Cette personne, examinant dans un bassin des loges membraneuses et diaphanes de pépins d'orange évacuées avec la selle liquide d'une dame, les fit conserver et montrer curieusement pour des hydatides. La méprise que je rapporte, aussi complète qu'elle fût, avait au reste des inconvéniens bien moins graves qu'une précédente de la même personne. Cette autre erreur dont j'ai publié l'observation (1), recueillie en commun avec mon collègue et notre honorable doyen à l'Hôtel-Dieu de Troyes, M. le docteur Pigeotte avait faite mettre en état de prévention, pour *tentative d'empoisonnement*, un malheureux jeune homme.

La cour royale ayant accueilli les conclusions du rapport que nous fîmes à ce sujet, ordonna la mise en liberté de cette victime de l'inexpérience médicale pratique et d'une précipitation téméraire à trancher la question la plus délicate devant la justice.

En conclusion de l'observation que j'ai communiquée ici et dans l'état actuel de la science, sur les maladies du placenta, contentons-nous, comme l'a dit M. le professeur Cruveilhier (2), de l'exposition pure et simple de la chose, et donnons seulement comme un fait positif que les vaisseaux sanguins du placenta se transforment en vésicules.....

(1) Anatomie pathologique du corps humain, ou Descriptions, avec figures coloriées et lithographiées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible. Livraison première.

(2) Dictionnaire des Sciences médicales; tome 42, page 548.

(1) Revue Médicale, cahier de mai 1829.

(2) Lieu cité.

N° DU 4.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Breschet; suppléant, M. Robert.

Extirpation des os maxillaire supérieur, palatin et malaire droit affectés d'ostéo-sarcôme; par M. Robert, chirurgien du bureau central d'admission des hôpitaux.

Le malade (salle Sainte-Agnès), est un terrassier,

âgé de 50 ans, d'une constitution robuste. Il eut, il y a dix ans, une blennorrhagie, et il y a quatre mois, des douleurs rhumatismales vagues, qui durèrent six semaines.

La cause de sa maladie actuelle est inconnue; il dit seulement s'être souvent heurté la joue droite en travaillant.

Il y a deux mois environ qu'il commença à ressentir des douleurs dans le côté droit de la face: ces douleurs, partant de la joue, s'irradiaient en élancemens dans le front et la tempe. Elles s'accrurent graduellement, et le forcèrent enfin de suspendre ses travaux. Il fut admis à l'Hôtel-Dieu vers la fin du mois de septembre dernier.

Le siége et le caractère des douleurs firent regarder de prime abord la maladie comme une névralgie des nerfs sous-orbitaire et facial, ayant succédé à une affection rhumatismale. Une saignée fut prescrite, et un vésicatoire appliqué à la nuque; il y eut d'abord un grand soulagement, mais au bout de huit jours les douleurs reprirent leur intensité. Un examen plus approfondi fit alors reconnaître les symptômes suivans: en déprimant les parties molles qui recouvrent la fosse canine droite, on sent une tumeur très-peu saillante, arrondie, dure et très-douloureuse. La voûte palatine et l'arcade dentaire sont dans l'état normal, à part l'absence d'une molaire et de l'incisive latérale, qui ont été arrachées il y a long-temps.

La fosse nasale droite est obstruée; l'air y passe difficilement. Quelquefois il en sort un peu de mucosité purulente. Dès-lors il devint évident que la maladie consistait en une tumeur développée dans le sinus maxillaire, et que les douleurs lancinantes accusées dans toutes les parties auxquelles se distribue le nerf sous-orbitaire, étaient dues à la compression de ce nerf.

Mais quelle était la nature de cette tumeur? Était-ce une hydropisie ou un abcès du sinus maxillaire? Était-ce un polype, une tumeur fibreuse développée à son intérieur? Etait-ce enfin une altération cancéreuse des os qui le constituent?

Les symptômes actuels ne pouvaient résoudre cette importante question.

Quelques jours furent consacrés à l'observation de ce malade, auquel on administra seulement des opiacés pour calmer la violence de ses douleurs. Mais pendant ce laps de temps, celles-ci devinrent atroces; la tumeur prit un léger accroissement, elle devint aussi un peu moins résistante, sans pourtant qu'il s'y manifestât de la fluctuation. La partie postérieure et droite de la voûte palatine semble elle-même se ramollir et s'affaisser. Une opération fut alors regardée comme le seul moyen de soulager le malade; elle fut proposée et adoptée avec empressement.

Voici le plan que M. Robert crut devoir adopter:

Faire une ponction exploratrice à la tumeur par la fosse canine; enlever largement la paroi antérieure du sinus, si l'ouverture agrandie montre une tumeur fibreuse, une production polypeuse qu'on puisse enlever. En troisième lieu, faire l'ablation de l'os maxillaire, si les recherches précédentes font découvrir une affection cancéreuse de la membrane interne du sinus maxillaire ou des parties osseuses qui lui servent d'enveloppe.

Ce projet fut exécuté le mercredi, 22 octobre. Le malade assis, la tête fixée contre la poitrine d'un aide placé derrière lui, la lèvre supérieure fut fortement relevée, et un bistouri plongé perpendiculairement sur la partie la plus saillante de la tumeur; aucun liquide ne s'en écoula. L'incision fut alors agrandie transversalement, et le doigt indicateur fut introduit dans la cavité du sinus. Celle-ci fut trouvée pleine de végétations ayant la dureté et la friabilité de la matière cancéreuse.

M. Robert engagea alors MM. Sanson, Josse d'Amiens, Pinel Grandchamp, à vouloir bien répéter cette exploration. Tous ayant été d'accord sur la nature cancéreuse du mal et la nécessité d'enlever l'os maxillaire, il y fut immédiatement procédé de la manière suivante:

Une incision longue au moins de six pouces fut obliquement dirigée de la commissure droite de la bouche, à quelque distance au devant de l'oreille du même côté, divisant toute l'épaisseur de la joue. Deux jets de sang fournis par les artères faciale transverse et maxillaire externe, furent immédiatement réprimés à l'aide de la torsion. Le lambeau supérieur fut alors rapidement détaché des parties sous-jacentes, de manière à mettre à découvert l'arcade zygomatique, l'os malaire, le bord inférieur de l'orbite et la fosse canine; un cri perçant que poussa le malade annonça la section du nerf sous-orbitaire; l'artère de même nom donnait du sang; elle fut tordue.

Pour préparer la section de l'arcade zygomatique et de l'apophyse orbitaire de l'os jugal, il fallut inciser l'aponévrose temporale, détacher une partie de l'insertion supérieure du muscle masséter, et couper les parties molles qui séparent le globe oculaire de la paroi externe de l'orbite.

M. Robert rejeta l'emploi du ciseau et du maillet comme causant des ébranlemens douloureux, et fracturant les os. Il leur substitua la scie à molettes récemment imaginée par MM. Thomson et Charrière, et nous devons dire que cet instrument a paru abréger et simplifier beaucoup ce temps de l'opération.

Il restait encore à diviser l'apophyse montante, la paroi interne de l'orbite et la voûte palatine.

Pour y parvenir, l'opérateur souleva fortement le lambeau et le détacha de l'os maxillaire jusqu'au niveau de l'angle interne de l'œil. Le bord postérieur de l'aile du nez fut ensuite séparé de l'ouverture nasale antérieure, et la lèvre supérieure détachée de l'arcade alvéolaire. Les tenailles incisives eurent bientôt partagé en travers l'apophyse montante de l'os maxillaire, et quelques légers coups de maillet, divisé les lames osseuses minces qui constituent la cloison orbito-nasale. La scie à molettes fut alors placée entre les deux dents incisives médianes, et, en un clin-d'œil, elle pénétra entre les deux

os maxillaires. Le ciseau, employé comme levier, en acheva la disjonction ainsi que des os palatins.

La tumeur ne tenant plus qu'en arrière, il fut facile de l'ébranler et de la faire basculer en bas et en avant. On put voir alors et couper le nerf sous-orbitaire séparé de la gouttière qui le loge, et l'on détacha enfin le voile du palais, en rasant avec un bistouri le bord postérieur de la voûte palatine.

Devenu maître de la tumeur, le chirurgien acheva de l'attirer au dehors en coupant avec des ciseaux les parties molles qui la retenaient. On vit alors une vaste cavité formée en dedans par la cloison des fosses nasales, en bas par la langue, en haut par le globe oculaire, et en arrière par le voile du palais, l'apophyse ptérigoïde, etc. Au-dessus et en dehors de cette dernière, il se trouvait encore quelques tissus affectés de dégénérescence cancéreuse; ils furent consumés par le cautère actuel.

Quelques instans de répit ayant été accordés au malade pour le reposer de ses souffrances, et pour voir s'il s'écoulait du sang, le lambeau supérieur fut rabattu, et la plaie extérieure réunie à l'aide de sept épingles et de la suture dite entortillée.

La tumeur examinée, comprenait la totalité de l'os maxillaire supérieur, du palatin, du malaire et du cornet inférieur. Son volume n'était guère plus considérable que celui de ces os; la cavité du sinus maxillaire avait disparu; elle était remplacée par une substance rougeâtre, homogène, s'écrasant avec facilité sous le doigt, de nature évidemment encéphaloïde.

On ne trouvait plus de trace du tissu osseux dans la tubérosité maxillaire, l'os palatin, le cornet inférieur et la portion canine du maxillaire supérieur; ces parties étaient converties en une substance analogue à celle qui remplissait le sinus maxillaire.

Trois heures après l'opération, il survint une légère hémorrhagie par laquelle le malade perdit environ une palette et demie de sang; mais comme il s'en était écoulé très-peu durant l'opération, on ne se hâta pas de l'arrêter, et l'on se contenta de pratiquer quelques injections d'eau fraîche, à l'aide d'une petite seringue introduite dans la narine. Infusion de tilleul; potion avec sirop diacode.

Le soir, peau chaude, pouls fréquent; céphalalgie; douleur modérée de la plaie. (Pédiluve). Peu de sommeil.

Le lendemain, peau fraîche, pouls anormal, céphalalgie moindre; gonflement léger du côté droit de la face. Application de compresses imbibées d'eau fraîche; injections dans la plaie; pédiluve.

Le troisième jour, la céphalalgie est augmentée sans qu'il y ait chaleur à la peau, ni fréquence du pouls. Continuation des irrigations fraîches, des pédiluves, lavement avec sulfate de soude 1 once.

Le quatrième jour, la plaie de la joue étant cicatrisée, on enlève les six aiguilles supérieures; le côté droit de la face est toujours un peu tuméfié; la céphalalgie est moindre.

Le cinquième jour, douleur assez vive dans la gorge et le côté droit de la tête, gonflement de la région sous-maxillaire. Quinze sangsues au-dessous de l'oreille droite, cataplasmes, irrigations fraîches dans la plaie, pédiluves.

La septième et dernière aiguille est enlevée, la réunion étant complète.

Le sixième jour, état très-satisfaisant; le gonflement de la face commence à diminuer. Deux bouillons et une semoule.

Le septième jour, même état. Deux potages.

Le malade marche rapidement à la guérison; s'il survenait quelques accidens nous aurions soin de les faire connaître.

N° DU 8.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Péritonite tuberculeuse terminée par péritonite aiguë; mort; tubercules des ganglions bronchiques sans altération du parenchyme pulmonaire; ramollissement de la muqueuse du gros intestin; tubercules du foie.

Louise Barbiot, âgée de treize ans, née dans le département de l'Oise, habitant Paris depuis un an, où elle s'occupe de broderie, entre à l'hôpital le 2 octobre.

Cette jeune fille, issue de parens sains, présente tous les traits de la constitution scrofuleuse; cheveux bruns, chairs molles, flasques; tuméfaction de la lèvre supérieure. Elle a été affectée d'une ophthalmie chronique qui a nécessité l'application d'un vésicatoire au cou, et qui a été ensuite porté au bras. Elle est également sujette au coryza, à l'otorrhée et au dévoiement.

Depuis six mois, endolorissement du ventre et du côté droit de la poitrine; alternatives de diarrhée et de constipation, accès de fièvre irréguliers, dépérissement progressif. Depuis quinze jours la diarrhée est continue; l'appétit n'est pas entièrement perdu. La malade ne s'est point alitée.

Le 4 octobre, face pâle, émaciée; teint jaune paille, décubitus sur le côté droit; intelligence nette, très-développée pour son âge; langue couverte d'un léger enduit blanchâtre, soif médiocre, nausées sans vomissemens, endolorissement de la totalité du ventre, qui peut néanmoins supporter une assez forte pression; saillie des intestins à travers ses parois amincies, diarrhée abondante, douze à quinze selles liquides, jaunâtres, en vingt-quatre heures; peau sèche, terreuse, médiocrement chaude; pouls à 100 pulsations; douleur du côté droit de la poitrine, toux sèche, rare; expectoration nulle; respiration pure, sans mélange de râles; sonoréité de la poitrine normale; 32 inspirations assez profondes. Décoction blanche; cataplasme sur le ventre; un quart de lavement émollient; bouillons.

La diarrhée et la douleur de ventre persistent jusqu'au 8.

Le 8, vomissemens de matières jaunâtres, céphalalgie intense, occupant la totalité de la tête; étourdissemens lorsque la malade veut se mettre sur son séant.

Du reste, pas de douleur des membres, pas de contraction ni de mouvemens spasmodiques. Le décubitus a constamment lieu sur le côté droit, il est impossible sur le côté gauche. La diarrhée est toujours abondante, neuf à dix selles en vingt-quatre heures. La douleur de ventre se fait principalement sentir dans l'hypogastre, qui ne peut supporter la plus légère pression, et dans la région lombaire droite, où elle paraît s'irradier dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine. Les mouvemens du tronc sont difficiles. Toux assez fréquente la nuit, rare pendant le jour; l'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs. Pouls petit, à 124 pulsations; peau chaude, dépérissement progressif. Julep gommeux avec addition d'une demi-once de sirop diacode.

Le 9 et le 10, les vomissemens persistent.

Le 11, altération profonde des traits, douleur vive à l'hypogastre, qui est tuméfié; quelques vomituritions, langue pâle, humide; soif vive, diarrhée, pouls petit, à 130 pulsations; 28 inspirations assez profondes. Cataplasmes sur le ventre.

Le 12, les vomissemens cessent, et se renouvellent le 13.

La diarrhée, les douleurs de ventre persistent jusqu'au 15, jour de la mort, qui a lieu sans convulsions. La malade conserve jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Ouverture du cadavre, 36 *heures après la mort.*

Habitude extérieure. Marasme, météorisme de l'abdomen, pas de rigidité cadavérique.

Tête. 2 onces de sérosité dans les fosses occipitales. Caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur. Glandes de Pachioni très-développées; pas d'infiltration notable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; pas de granulations ni de tubercules sous-jacens à l'arachnoïde. La substance encéphalique présente la couleur et la consistance de l'état normal.

Poitrine. Pâleur remarquable des muqueuses du larynx, de la trachée et des bronches. Tubercules dans les ganglions bronchiques. Quelques adhérences anciennes au sommet du poumon gauche. Le poumon droit est affaissé; il est crépitant, perméable à l'air, et ne présente autre chose qu'un léger engouement séreux. Il n'existe pas un seul tubercule dans son parenchyme, qui est incisé dans tous les sens et exploré avec le plus grand soin. Même état du poumon gauche.

Le cœur et son enveloppe n'offrent aucune altération notable.

Abdomen. Adhérence de la surface convexe du foie aux feuillets pariétal et diaphragmatique du péritoine, à l'aide de fausses membranes anciennes, bien organisées et parsemées de nombreux tubercules. Quelques adhérences de même nature entre les circonvolutions de la partie supérieure de l'abdomen. Dans la partie inférieure, union de quelques anses d'intestins au moyen d'une exsudation pseudo-membraneuse molle, facile à enlever avec le dos du scalpel. Un verre de sérosité louche, au milieu de laquelle nagent quelques flocons albumineux, est contenu dans la partie inférieure de la cavité abdominale. La muqueuse gastrique est pâle, d'une assez bonne consistance. Celle de l'intestin grêle présente la même pâleur; on n'y remarque ni saillie, ni ulcération des follicules agminés et isolés. Ramollissement blanc de la muqueuse du gros intestin, très-prononcé, surtout dans le colon où cette membrane est tout-à-fait diffluente.

Le foie, assez volumineux, est d'un rouge brique, d'une consistance assez forte. Quatre ou cinq tubercules du volume d'un pois sont renfermés dans son parenchyme.

Ces produits accidentels sont disséminés dans les différentes parties de cet organe. Les uns en occupent le centre, les autres siègent dans les parties voisines de la surface qui est tapissée de fausses membranes. La rate, adhérente aux parties avec lesquelles elle est en rapport, est également tapissée de fausses membranes; son volume est ordinaire, la consistance de son tissu est notablement augmentée; il crie sous le scalpel, mais ne renferme aucun tubercule. Pas d'altération du pancréas et des reins. Les ganglions mésentériques ne sont ni hypertrophiés, ni ramollis, ni indurés. Aucun d'eux n'a subi la dégénérescence tuberculeuse.

Dans ce cas comme dans quelques-uns de ceux que nous avons rapportés dans ce journal, la péritonite chronique s'est terminée par une phlegmasie aiguë de la séreuse abdominale. La nécropsie nous a montré la double altération de l'état aigu et de l'état chronique. Dans la partie supérieure existaient des fausses membranes anciennes bien organisées, parsemées de tubercules, qui s'étaient incontestablement développées d'une manière sourde, lente, sans donner lieu à de graves symptômes généraux, car la malade, avant son admission à l'hôpital, n'avait jamais gardé le lit.

Dans la partie inférieure se trouvaient les produits de la phlegmasie aiguë, tels que fausses membranes molles, blanchâtres, et une certaine quantité de sérosité trouble tenant en suspension des flocons albumineux.

Le foie est le seul des viscères abdominaux qui nous ait offert des tubercules dans son parenchyme. C'est probablement là la cause de ces douleurs du côté droit de la poitrine, qui avaient porté à soupçonner une inflammation chronique de la plèvre analogue à celle du péritoine. Nous n'avons pas observé d'ictère bien tranché. La peau n'a offert qu'une teinte jaune paille, telle qu'on l'observe dans la plupart des lésions organiques.

Dans ce cas, nous avons trouvé des tubercules dans le foie, sans qu'il en existât dans le parenchyme pulmonaire. C'est ce que, d'après les recherches de M. Louis, l'on n'observe pas chez l'adulte. Suivant cet observa-

teur, toutes les fois que des tubercules existent dans la cavité abdominale, le poumon en contient. L'existence d'une péritonite tuberculeuse a suffi pour lui faire diagnostiquer une phthisie pulmonaire dont l'auscultation et la percussion ne révélaient point l'existence. Chez les enfans, nous avons observé des cas, et celui-ci est de ce nombre, où des tubercules existaient soit dans le cerveau, soit dans l'abdomen, sans qu'il nous fût possible d'en découvrir dans le parenchyme pulmonaire. Ces cas sont rares, mais il suffit qu'ils existent pour que nous les signalions.

Ajoutons toutefois, que dans les cas où les tubercules manquaient dans les poumons, il en existait dans les ganglions bronchiques. Cette règle n'a jamais souffert d'exception. Ainsi l'on peut dire que chez les enfans comme chez les adultes, toutes les fois qu'il existe des tubercules dans le cerveau ou dans l'abdomen, il s'en trouve également dans la cavité thoracique.

Une circonstance qu'il importe de mentionner, c'est l'absence de tout caractère phlegmasique de la muqueuse des bronches, quoique les ganglions bronchiques fussent tuberculeux. Dans l'abdomen l'inverse a eu lieu, la muqueuse intestinale était gravement altérée, et les ganglions mésentériques étaient sains. Il n'est donc pas vrai de dire que les lésions des ganglions sont toujours consécutives aux phlegmasies des membranes muqueuses qui les avoisinent.

N° DU 11.

QUELQUES IDÉES NOUVELLES SUR LA BLENNORRHAGIE URÉTRALE CHEZ L'HOMME.

Efficacité de l'eau froide dans le traitement de cette maladie.

Quand on songe aux suites parfois très-fâcheuses auxquelles la blennorrhagie urétrale donne trop souvent lieu, on ne saurait trop essayer de moyens pour prévenir ces suites, ou tout au moins pour les rendre le moins graves possible. Que de rétrécissemens organiques du canal de l'urètre; que d'abcès testiculaires, de fistules urinaires, d'écoulemens intarissables, etc., ne voit-on pas à la suite d'une gonorrhée? Et cependant voilà plusieurs siècles que la maladie en question sévit chez nous avec la même force quoiqu'elle ait cent fois exercé le talent des plus grands maîtres de l'art.

Certes, mon excellent ami et confrère, M. le docteur Troncin, aura rendu le plus grand service à l'humanité si les efforts qu'il fait pour éteindre ou affaiblir considérablement la maladie vénérienne obtiennent l'effet que ce praticien nous fait espérer dans l'ouvrage qu'il vient de publier. (*V.* Troncin, de l'extinction de la maladie vénérienne, etc. Paris 1834.)

Malgré la longue liste des prétendus spécifiques qu'on a tant vantés pour faire avorter la gonorrhée, les praticiens consciencieux conviennent, je crois, que sous l'influence des ces médicamens, le mal ne guérit presque jamais avant six semaines ou deux mois de traitement. Or, c'est précisément là le temps que la nature emploie ordinairement pour guérir une blennorrhagie urétrale qu'on abandonne à elle-même.

J'en ai fait plusieurs fois l'expérience, non-seulement sur des malades que j'ai eu l'occasion de soigner, mais aussi sur moi-même.

Que vous donniez du copahu, du cubèbe, des tisanes, des bains, etc., ou bien que vous ne fassiez rien du tout pour traiter la maladie, si les sujets sont sobres et tempérans, ils guérissent tous également dans le même espace de temps.

J'ajouterai, d'apres mon observation, que les individus qui abandonnent leur chaude-pisse à elle-même, s'ils ne font pas d'excès en boissons spiritueuses ou en alimens échauffans, et surtout s'ils s'abstiennent complétement du coït et de toute émission spermatique, sont beaucoup moins exposés aux rétrécissemens urétraux que ceux qui sont traités par les injections. L'opinion que je viens d'avancer est aussi celle de M. le professeur Roux. Cette règle générale peut offrir quelques exceptions que je ne me propose pas d'examiner dans cet article.

Un point important pour la pratique, et sur lequel on n'a pas, à ce que je sache, fait assez d'attention jusqu'à ce jour, c'est celui du mode de propagation de la phlogose urétrale le long du canal de ce nom. L'étude que je viens de faire de cette affection sur moi-même, après m'être inoculé à dessein la gonorrhée, m'ayant conduit à une médication propre à prévenir les progrès de la phlogose dans toute la longueur du canal urétral, mérite d'être ici exposée avec détail.

En débutant deux jours et demi à trois jours après un coït impur, la phlogose blennorrhagique urétrale n'a pour siége, comme on sait, que la fosse naviculaire, ou plutôt la portion de l'urètre comprise dans le gland de la verge. On sait aussi que, dans les jours suivans, le mal se propage graduellement d'avant en arrière dans tout le canal urétral et même jusqu'au col de la vessie ou dans la vessie elle-même. Or, j'ai remarqué que cette propagation de la phlogose blennorrhagique ne se fait que pendant la nuit, et principalement pendant le séjour au lit. J'ai observé en outre que le mal diminuait d'intensité à la partie antérieure de l'urètre à mesure qu'il se propageait à la partie postérieure. Voici quelles sont mes idées à ce sujet.

Lorsqu'on est couché, le pus blennorrhagique reste en stagnation dans le canal de l'urètre, à cause de la position élevée qu'on donne naturellement aux bourses pendant le sommeil. Les érections continuelles auxquelles on est alors exposé empêchent que le pus coule spontanément au dehors; elles l'obligent au contraire, à se progager d'avant en arrière en raison de sa propre gravité. Delà, l'extention continuelle de la phlogose blennorrhagique qui s'opère, suivant moi, par inoculations successives produites par le contact du pus dans les divers points du canal de l'urètre. J'ai vu en effet qu'on pouvait très bien borner le mal, dès son début, à la partie antérieure de l'urètre, en facilitant l'écoulement

de la matière blennorrhagique au dehors, et en prévenant les érections nocturnes; avantage immense, selon moi, et qui mettrait à l'abri de la plupart des suites fâcheuses de la gonorrhée dont j'ai fait mention. C'est ce que j'ai obtenu à l'aide de l'eau froide appliquée localement. Je m'explique avec un exemple.

M'étant dernièrement, ainsi que je viens de le dire, exposé *à dessein* aux conditions nécessaires pour contracter une blennorrhagie urétrale afin de m'assurer si je n'avais pas été trompé par trois malades que je venais de traiter par l'eau froide, voici le résultat de mon observation sur moi-même.

La blennorrhagie s'est déclarée soixante heures après le contact de la matière contagieuse. Je l'ai laissé marcher pendant six jours sans rien changer à mes habitudes ordinaires. Le mal progressait à vue d'œil, il occupait déjà une étendue de trois pouces dans la partie antérieure du canal de l'urètre. Tout le cortége des symptômes ordinaires existait au plus haut degré; chaleur cuisante en urinant, érections nocturnes fort douloureuses; écoulement abondant de matière puriforme, etc. J'ai résolu alors de me traiter de la manière suivante :

1° J'ai bu avant de me coucher deux verres d'eau sucrée dans le but de délayer l'urine et d'être éveillé plusieurs fois pendant la nuit par le besoin d'uriner. Cette circonstance est, selon moi, essentielle, non seulement pour entraîner au dehors le pus déjà sécrété dans le canal de l'urètre, mais aussi pour renouveler le pansement dont je vais parler.

2° J'ai vidé naturellement la vessie, et j'ai plongé le membre entier dans un bol plein d'eau fraîche, en l'y tenant pendant un quart d'heure. C'est là une sorte de bain salutaire fort agréable, qui éteint pour ainsi dire sur-le-champ cette sensation pénible de chaleur qu'on éprouve dans l'urètre; ce bain doit être répété tous les soirs avant de se coucher, et même plusieurs fois dans le jour : pour cela je m'assieds, et je tiens d'une main le bol plein d'eau froide, de l'autre je feuillette un journal. J'ai bien lavé et nettoyé dans cette eau le gland et tous les replis du prépuce, déjà couverts de pus.

3° J'ai pris ensuite une bandelette de linge ayant un pied et demi de longueur, et deux à trois travers de doigt de largeur. Je l'ai bien trempée dans de l'eau fraîche, et j'en ai appliqué l'un des bouts autour du gland bien découvert; j'ai tiré alors le prépuce en avant, et la bandelette est très-bien engagée entre le prépuce et le gland; sans cette précaution, l'appareil réfrigérent ne resterait pas en place.

J'ai enveloppé mollement autour de la verge le reste de la bandelette. Deux autres bandelettes un peu plus longues que la précédente, également plongées dans de l'eau froide, ont servi à en envelopper encore la partie et à la matelasser en quelque sorte par cette espèce de cataplasme à eau froide. Un grand linge sec enfin a couvert tout l'appareil sans aucune ligature. Je me suis couché, ayant à côté de mon lit un bol plein d'eau froide et d'autres linges secs afin de garantir mon lit de l'humidité à chaque renouvellement de l'appareil. Position déclive du membre pour l'écoulement du pus.

Je dois répéter ici que cette sensation de froid a été pour moi des plus agréables; la chaleur âcre, la fièvre locale, le sentiment pénible, qui existaient dans la partie avant le pansement, se sont dissipés complétement pour le moment.

Vers les trois heures du matin, les linges de l'appareil étant très-secs, j'ai été réveillé en sursaut par la chaleur très-vive de la partie, et par l'ordinaire érection fort douloureuse. Renouvellement de l'appareil réfrigérent après avoir expulsé le pus de l'urètre en vidant la vessie. Calme parfait en un instant.

Pendant le reste de la nuit et jusqu'à l'heure du lever, les linges ont été plusieurs fois replongés dans l'eau froide; le membre a été pressé à chaque fois pour en faire sortir la matière blennorrhagique. Chaque renouvellement de l'appareil était un véritable soporifique qui dissipait sur-le-champ les érections douloureuses et me procurait en même temps ce calme réparateur que j'aurais cherché en vain sans cela.

Le lendemain, le mieux était déjà très-manifeste : l'émission de l'urine ni la pression du canal de l'urètre n'étaient plus aussi douloureuses.

Les jours suivans, ou plutôt les nuits suivantes, j'ai recommencé exactement le même traitement que je viens de décrire. Je n'ai rien au reste changé de mes habitudes d'alimentation : j'ai seulement bu plusieurs verres d'eau sucrée entre mes repas, et voilà tout. Je dois ajouter pourtant que d'habitude je ne bois pas de café et presque pas de vin.

Six jours après ce traitement (treizième de la maladie) la phlogose blennorrhagique avait non seulement été arrêtée dans ses progrès, mais aussi tous les symptômes inflammatoires étaient déjà dissipés en grande partie. Je ne souffrais plus à cette époque qu'un très-léger écoulement indolore, écoulement qui, abandonné à lui-même, s'est éteint complétement du vingtième au vingt-cinquième jour. Les érections douloureuses ne se sont plus reproduites.

Trois autres malades que j'ai traités de la sorte ont été également guéris dans un espace de temps à peu près égal au précédent.

Deux points surtout me semblent mériter l'attention des praticiens dans le mode de traitement que je viens de décrire. 1° Le soulagement très grand qu'éprouvent les malades par l'eau froide, surtout pour passer des nuits tranquilles; 2° la limitation et l'affaiblissement du mal dans la partie antérieure de l'urètre, ce qui prévient les conséquences fâcheuses dont j'ai parlé plus haut. L'on conçoit du reste que ce traitement ne peut être utile que dans la période aiguë de la blennorrhagie.

R...

—

N° DU 13.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Rayer.

Maladie de Bright, compliquée de colique saturnine ; opinion du docteur Graves sur cette maladie.

Première observation.

Le nommé Monsel, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution médiocre, broyeur de couleurs, est entré à l'hôpital le 18 octobre, et couché au n° 29 de la salle Saint-Michel.

Quelques jours avant son admission à l'hôpital, il avait commencé à se sentir oppressé et enflé, et éprouvait des coliques intolérables. Le diagnostic de M. Rayer, après l'avoir examiné bien attentivement, ainsi que ses urines, a été le suivant :

Colique de plomb compliquée d'affection granuleuse générale ; et son traitement a été conséquent.

En effet, la colique fut combattue promptement par les lavemens des peintres, ou le traitement simplifié dit de la Charité. La tuméfaction des membres, du tronc et de la face céda à la décoction du raifort sauvage, un pot par jour, et à l'application des cantères sur la région lombaire. On lui administra aussi pendant seize jours une bouteille d'eau de Sedlitz par jour.

La quantité de l'albumine dont les urines étaient chargées, diminuait petit à petit, et le malade demanda instamment sa sortie le 7 novembre, ce qui lui fut accordé.

La disparition des symptômes œdémateux, et l'état, vers la fin, peu albumineux des urines, nous autorisent-ils à considérer le malade comme guéri ? Malheureusement non ; car, comme l'observe fort bien M. Rayer, cette maladie fâcheuse préexiste et survit à ces symptômes consécutifs ; et une récidive ne se fera pas attendre.

Laissons parler maintenant le docteur Graves.

Urines albumineuses dans l'hydropisie.

« Je ne puis souscrire à l'opinion chaudement défendue, tant à Londres qu'à Edimbourg, par des hommes d'un talent distingué, que l'état albumineux des urines dans l'hydropisie, dépend d'un changement dans la texture des reins.

J'ai vu beaucoup de cas dans lesquels l'albumine a disparu entièrement à la suite d'un traitement convenable, ce qui prouve incontestablement qu'un tel état des urines peut être souvent produit par un simple dérangement fonctionnel de l'organe sécrétoire, et non pas par une semblable altération du tissu rénal (1), comme l'ont avancé le docteur Bright et autres. Je dis dérangement fonctionnel pour le distinguer d'un changement permanent et évident de la texture. Je suis bien aise que mon opinion soit partagée par MM. les docteurs Eliorton et Mackintosh.

Le cas suivant est un de ceux que j'ai traités avec succès par une méthode qui n'est pas généralement pratiquée.

Le grand maître de pathologie et de pratique, J.-P. Franck, a dit, il y a fort long-temps, que quelques cas d'hydropisie peuvent être analogues au diabète. Une observation attentive des différentes formes sous lesquelles l'hydropisie se présente, m'a amené aux conclusions suivantes :

Lorsque l'hydropisie vient graduellement, d'une manière chronique, et rien ne nous indique qu'elle fût déterminée par une inflammation de poitrine ou de ventre, et que nous soyons dans l'impossibilité de découvrir une affection organique, soit dans le thorax, soit dans la cavité abdominale, nous avons quelque raison de soupçonner que l'hydropisie puisse être analogue au diabète. Si, indépendamment de ces caractères, les urines se trouvent plus copieuses que dans l'état normal, si, de plus, elles sont albumineuses, alors nos soupçons sont fondés, et nous croyons devoir recourir à une méthode particulière de traitement que cette variété d'hydropisie exige, et qui consiste, non pas dans les saignées et les sangsues, non pas dans les purgatifs et les diurétiques, ni dans les mercuriaux, mais dans l'usage de l'opium et d'une nourriture animale en petite quantité.

Nous avons eu dans le Meath-Hospital plusieurs exemples frappans de succès par ce mode de traitement dans des cas pareils, entre autres le suivant :

— Arthur Noble, homme de police, fut admis à l'hôpital le 16 mai, affecté d'un anasarque considérable de la face, du tronc et des extrémités. Cette maladie datait de plusieurs semaines ; et bien qu'à son origine elle parût avoir été occasionnée par le froid, cependant à l'époque de son admission, tous les symptômes de l'inflammation et de la fièvre avaient disparu, à l'exception d'une certaine sensibilité à l'épigastre, due plutôt à une distension venteuse qu'à une gastrite.

Anorexie, grande soif ; les urines très-chargées d'albumine, peau moite, constipation, un peu de toux et d'expectoration dépendant d'une légère bronchite ; en même temps un certain degré de dyspnée qui pouvait tenir à un état œdémateux des poumons peu prononcé. Il faut bien aussi noter que la santé de cet individu était détériorée depuis un an et demi, par conséquent bien avant l'apparition des symptômes hydropiques.

Voulant agir fortement sur les intestins le premier jour, nous lui donnâmes une poudre composée d'une drachme de supertartrate de potasse et d'un scrupule de quinquina trois fois dans la journée. Cela eut un excellent effet sur les reins en augmentant les urines, mais sans diminuer à proportion la quantité de l'albumine.

Sa peau continuait à être moite et il paraissait aller mieux ; mais on observa qu'à peine s'il dormait plus d'une heure la nuit, lorsque les symptômes hydropiques,

(1) Les recherches de M. Rayer prouvent le contraire d'une manière incontestable. (*N. du R.*)

qui d'abord avaient beaucoup diminué, devinrent stationnaires. Cette dernière circonstance, compliquée d'insomnie et l'absence complète de fièvre, la grande soif, les urines albumineuses, et l'absence d'une affection organique, malgré l'état de moiteur de la peau, me déterminèrent à employer l'opium, qui fut administré d'abord en lavement, ensuite en pilules contenant chacune un demi-grain d'opium.

Sous l'influence de ce traitement son sommeil le rétablit rapidement, et les urines diminuèrent en quantité et devinrent chaque jour moins albumineuses; il reprit promptement ses forces et son embonpoint, et, finalement, la soif et l'enflure se dissipèrent. Le malade quitta l'hôpital le 17 juin. Ses urines ne contenaient point d'albumine depuis plusieurs jours.

Prochainement nous emprunterons encore quelques cas curieux à ce journal, qui est un des meilleurs et des plus originaux recueils de la Grande-Bretagne.

LAZARAS.

N° DU 15.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. GUERSENT.

Les cas de carie des premières vertèbres cervicales, analogues à celui qui a été mentionné dans notre procès-verbal de la société d'émulation, ne sont pas très-rares à l'hôpital des Enfans. C'est surtout chez les jeunes scrofuleux qu'on les observe. Il en existe un dans ce moment dans la division des scrofuleux, deux autres ont été observés dans le semestre d'été.

Nous allons rapporter l'une de ces deux observations, qui nous a paru remarquable sous le rapport de la marche de la maladie, de la terminaison et des altérations trouvées sur le cadavre.

Carie des premières vertèbres cervicales et des dorsales; mort subite par suite de la luxation de l'occipital sur l'atlas; destruction du condyle gauche de l'occipital, d'une portion de l'atlas, de l'axis; carie du corps des huitième, neuvième et dixième vertèbres; état sain de la moelle au niveau de la région dorsale.

Une jeune fille de huit ans, d'une constitution scrofuleuse, admise à l'hôpital le 24 mai, nous offrit le lendemain de son entrée les symptômes suivans :

Décubitus sur le côté droit, tuméfaction de la partie latérale gauche du cou, fistule à la partie postérieure du lobule de l'oreille gauche, inclinaison permanente de la tête à droite, mouvemens de rotation et d'extension en arrière impossibles, douleur vive, lancinante, à la partie postérieure du cou, augmentant par la tension et par le plus léger mouvement de ces parties; du reste pas de changement de rapport ni de position des premières vertèbres cervicales. A la partie moyenne du rachis, existe une gibbosit arrondie embrassant les huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales. La progression est extrêmement difficile, mais elle n'est pas impossible. Les membres inférieurs, dans l'état de repos, n'offrent ni raideur, ni mouvemens spasmodiques, ni paralysie; les membres supérieurs sont parfois le siége d'engourdissemens passagers; du reste pas de céphalalgie, intelligence nette, vision intacte, affaiblissement de l'ouïe. La langue est naturelle, la déglutition n'est pas gênée, l'appétit est conservé, le ventre est souple et indolent; constipation habituelle, émission des urines volontaires, pouls calme, chaleur de la peau naturelle, thorax bien conformé, respiration pure, sonoréité normale.

Interrogés sur les causes et la marche de cette affection, les parens nous racontèrent que cette jeune fille avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de six ans; qu'à cette époque elle fit une chute sur le dos, dont elle se plaignait constamment. Il y a environ sept à huit mois qu'on a aperçu une gibbosité de la région dorsale. La progression est devenue difficile, l'évacuation des urines et des matières fécales a eu lieu quelquefois involontairement. Depuis la même époque, la malade a été atteinte d'une coqueluche qui a duré deux mois. Enfin, depuis quinze jours, douleurs vives, lancinantes de la partie postérieure du cou; inclinaison de la tête à droite, difficulté des mouvemens d'extension et de rotation de la tête.

Aucune médication active n'a été mise en usage.

Le pronostic fut grave; la carie avait déjà fait de profonds ravages. On fit appliquer plusieurs cautères sur les parties latérales du rachis et derrière l'oreille. Aucun changement notable ne se manifesta jusque vers le milieu de juin. La malade se levait de temps en temps. Lorsqu'elle restait dans son lit, le décubitus avait constamment lieu sur le côté droit. Elle ne pouvait prendre ni garder aucune autre position. Elle témoignait la plus vive répugnance pour le mouvement. La crainte d'un déplacement la faisait uriner dans son lit.

Les douleurs du cou et du dos, peu vives dans l'état de repos, augmentaient surtout par la station et par le plus léger mouvement de la tête. Les membres supérieurs et inférieurs étaient le siége d'engourdissemens passagers. Les mouvemens en étaient tellement gênés, que la malade ne pouvait prendre elle-même ses alimens.

Le 18 juin la fièvre s'allume, la respiration s'accélère, 124 pulsations et 56 inspirations par minute. Douleurs vives dans les membres supérieur gauche et inférieur droit; immobilité complète de tout le corps, cris aigus par intervalle. Du reste pas de délire, pas de convulsions; articulation des sons normale, pas de gêne de la déglutition. On pratique une saignée qui donne quatre onces de sang non couenneux. On donne des lavemens purgatifs. Au bout de deux ou trois jours les douleurs et l'engourdissement des membres diminuent, la fièvre se calme, la respiration revient à l'état normal.

Les jours suivans elle reste alitée, le décubitus a constamment lieu sur le côté droit. Elle dit n'éprouver aucune douleur dans l'état de repos.

Dans les derniers jours de juin elle demande à se lever.

Le 2 juillet rien n'est changé dans son état ; son intelligence est nette ; elle répond à toutes les questions qu'on lui adresse. Les membres ne sont le siége d'aucun mouvement spasmodique ; la sensibilité est la même des deux côtés ; la chaleur de la peau est naturelle, le pouls bat 72 fois par minute, la respiration ne présente ni gêne ni accélération.

Nous venions de constater son état, lorsqu'on la mit sur son séant pour panser ses cautères. Le pansement achevé, elle se couche, pâlit et succombe à l'instant même, comme si elle était frappée par la foudre.

Ouverture du cadavre, 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. pâleur générale des tégumens, amaigrissement peu marqué, météorisme du ventre, pas de rigidité cadavérique.

Tête. Dure-mère saine. Pas de caillot dans les sinus. Infiltration médiocre du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Une cuillerée à café de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Substance cérébrale généralement mollasse. Du reste, pas d'injection ni de ramollissement partiels. Le cervelet et la protubérance annulaire sont à l'état sain.

Rachis. A la partie latérale gauche du cou, gonflement et induration du tissu cellulaire sans changement de couleur à la peau. A la partie postérieure et inférieure de l'oreille, au-devant de l'apophyse mastoïde, on aperçoit l'orifice d'un trajet fistuleux, lisse à l'intérieur, long d'un pouce environ, aboutissant à un foyer purulent qui occupe la partie supérieure et postérieure du pharynx. Au centre de la tumeur, formée sur les parties latérales du cou, existe un autre foyer rempli de pus sanieux se prolongeant jusqu'au condyle gauche de l'occipital, qui est entièrement détruit, ainsi que la partie la plus externe du ligament occipito-atloïdien. Une fusée de pus a pénétré jusques dans la cavité du crâne et a décollé la dure-mère qui tapisse l'apophyse basilaire. Carie de la partie la plus interne du condyle droit de l'occipital. Érosion de la face supérieure de la masse latérale gauche de l'atlas. L'arc du côté correspondant est tout-à-fait dénudé, et carié superficiellement. Carie profonde de l'apophyse odontoïde de l'axis, et ecchymose de la portion de la dure-mère qui lui est contiguë. Le corps de l'axis est dénudé, mais ne présente pas de carie manifeste.

Saillie anguleuse de la région dorsale du rachis au niveau de l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Destruction complète du corps de la neuvième vertèbre avec carie d'une grande partie du corps des huitième et dixième. Kyste fibreux à la hauteur des piliers du diaphragme, s'étendant de la huitième à la douzième vertèbre dorsale, et occupant la partie latérale gauche du rachis. En l'incisant, on trouve à l'intérieur une grande quantité de pus grumeleux, mal lié. Sur la partie latérale droite du rachis existe une autre tumeur oblongue, s'étendant de la dixième vertèbre jusqu'au grand trochanter, où elle se termine en cul-de-sac. En l'ouvrant, on découvre environ un demi litre de pus ayant la consistance et la couleur de la frangipane.

La moelle épinière et ses enveloppes sont saines au niveau des lombes et du dos. A la partie supérieure de la région cervicale, elle a présenté un ramollissement blanc sans aucune trace d'injection ; ce qui nous a paru être le résultat de la dissection.

Poitrine. Quelques adhérences celluleuses anciennes au sommet des deux poumons. Engouement séro-sanguinolent prononcé surtout à droite. Larynx, trachée, bronches à l'état sain. Pas de tubercules dans les ganglions sous-maxillaires, bronchiques et dans les poumons. Cœur et péricarde à l'état normal.

Abdomen. Muqueuse gastrique saine. Injection sans diminution de consistance de la muqueuse intestinale. Pas de lésion des follicules agminés et isolés. Pas d'entozoaires. Le foie, la rate, les reins, le péritoine et les ganglions mésentériques ne présentent pas d'altération.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

(Ouverture du cours de M. Chomel.)

De l'utilité et de l'importance des institutions cliniques.

Lundi dernier, 10 novembre, M. le professeur Chomel a exposé au milieu d'un nombreux auditoire les principaux traits de l'histoire des institutions cliniques.

On entend par institutions cliniques, a-t-il dit, tous les moyens mis en usage pour étudier la médecine au lit des malades.

Les sciences médicales fondées sur l'observation ont été cultivées de bonne heure, et avant toutes les époques de nos monumens littéraires.

Les principes qu'Hippocrate inspirait à ses disciples sur la nécessité de prendre pour base dans l'étude de la médecine l'observation et l'expérience, ont été réclamés sans cesse pour le perfectionnement des études pratiques et des institutions cliniques.

L'histoire de ces institutions a peu de faits à recueillir depuis Hippocrate jusqu'à Galien. Ce dernier répandit un nouvel éclat sur la médecine et sembla né pour faire revivre les bonnes études. Sydenham, qui voyait régner en Angleterre à son époque tant de fausses doctrines différentes, fruits de l'imagination et de jugemens déréglés, osa s'opposer au goût dominant de son siècle, et tenta de remettre dans la bonne voie les pas égarés des médecins.

Renonçant à toute hypothèse, il s'astreignit rigoureusement au plan expérimental d'Hippocrate, et ne cessa de répéter que c'était l'unique moyen de dépouiller la science des erreurs sans nombre dont elle était infectée.

Il décrivit en maître les cas particuliers, compara ses observations entre elles pour en composer une his-

toire générale des maladies. Joignant toujours l'exemple au précepte, il présenta à l'Europe entière, à force de patience et de travail, moins un système théorique qu'un corps de doctrine pratique conforme à l'expérience, et basé sur des faits qui lui étaient propres. Sa méthode curative obtint la sanction des médecins les plus instruits et les plus sensés, etc.

Si nous nous portons à une époque moins reculée, nous voyons de nos jours, la clinique interne placée à l'hôpital de la Charité et qui était confiée à un homme consommé dans l'art (Corvisart); cette clinique était suivie par un si grand nombre d'élèves qu'on sentit, dès son origine, la nécessité d'en établir une seconde à l'Hôtel-Dieu.

Le temps des études médicales est en général assez court, mais quelque long qu'il puisse être, il ne saurait l'être trop pour les cliniques. Rappelons encore ici que l'expérience est la base des connaissances en médecine; certes les droits de l'érudition sont incontestables, mais ceux de l'observation propre ne le sont pas moins : elle seule peut rendre l'érudition en apprenant à discerner la vraie de la fausse.

A quelle époque, dans ses études, un élève doit-il fréquenter les cliniques pour en recueillir un peu de fruit? Doit-il aller dans les hôpitaux avant de posséder la connaissance des maladies qu'on doit y observer?

Nous répondrons ici, en rappelant les conseils d'un honorable médecin qui, consulté par un père sur les livres qu'il devait donner à son fils qu'il destinait à la médecine, lui conseilla de lui faire lire de l'histoire et de la littérature, et de l'envoyer ensuite étudier la médecine dans les hôpitaux.

Exiger de lui la connaissance complète des maladies avant de lui permettre de les observer, c'est supposer qu'il peut l'acquérir sans l'observer. En associant ainsi dans la première étude la méthode pratique à la théorique, les principes se trouveront sans cesse démontrés par les faits.

Rappelez-vous donc que les faits sont la base fondamentale de toutes les sciences, et soyez persuadés que la seule manière d'acquérir une instruction solide, c'est de voir les matériaux de votre instruction.

Les livres consultés, après avoir observé, graveront plus profondément dans votre mémoire les phénomènes que vous aurez aperçus; mais jamais ils ne pourront vous tenir lieu de l'observation.

Dans le courant de cette année scholaire nous nous proposons d'interroger et de traiter sous vos yeux les malades; de vous exercer à l'observation et à la description des maladies; de vous exposer dans des conférences raisonnées, après la visite, toutes nos vues sur le diagnostic, le pronostic et le traitement; de suivre avec vous l'histoire complète de chaque maladie jusqu'à sa terminaison, et lorsque le sujet viendra à succomber, d'en faire l'ouverture avec tout le soin possible, afin que ses résultats complètent votre instruction.

En terminant, qu'il nous soit permis de vous recommander d'aborder les malades avec précaution, affabilité, et d'avoir pour eux de grands ménagemens. En étudiant leur esprit, leurs mœurs, vous vous exercerez à l'art de les bien diriger. Chaque semaine, nous consacrerons un jour à l'histoire des maladies. Les années précédentes nous avons traité des fièvres, des rhumatismes, nous traiterons plus spécialement, cette année, des hémorrhagies essentielles et symptômatiques.

N° DU 18.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observations de cataracte offrant des circonstances remarquables, pratiquées par le docteur CARRON DU VILLARDS, *et recueillies par* C. BRAUZEAU.

Quand, avant l'opération de la cataracte, on a diagnostiqué une ou plusieurs adhérences de l'iris avec le cristallin, il faut alors prendre de très-grandes précautions, car l'opération est très-difficile, si difficile même, que Richter l'a regardée comme tout-à-fait hasardée. Le docteur Carron du Villards est loin de partager ces craintes, et, pourvu que dans le côté externe, au lieu d'élection par où l'on introduit l'aiguille de Scarpa, il se trouve un petit point de l'iris libre, il termine heureusement l'opération en observant les règles suivantes:

1° Chercher à obtenir la plus grande dilatation possible de la pupille au moyen de l'extrait de belladone, pour que l'opérateur suive avec exactitude et facilité les mouvemens de l'aiguille.

2° Introduire l'instrument comme dans le procédé ordinaire de l'abaissement, le conduire jusqu'au centre de la pupille, la pointe du crochet tournée en bas. De là, si l'adhérence est du côté du grand angle, il pousse l'instrument jusqu'au moment où il approche de la bride qui unit l'iris à la capsule. Arrivé là, il abaisse le manche de l'aiguille, élève la pointe, qu'il porte ensuite légèrement sur l'adhérence qui se trouve en contact avec l'arête tranchante de l'instrument. Quelques légers mouvemens de grattemens et de va-et-vient, imprimés au crochet, suffisent alors pour détruire les liens anormaux qui retiennent l'iris.

Cette manœuvre, plus simple à exécuter qu'à décrire, atteint presque toujours son but. On la recommence tant de fois qu'il y a de brides à détruire, et on peut se convaincre facilement qu'elles ont été divisées par les diverses formes que prend la pupille.

On sentira d'autant plus l'avantage de ce procédé que le professeur Scarpa pensait que toutes les fois qu'il existait de nombreuses adhérences entre l'iris et le cristallin et ses annexes, il faut s'abstenir de l'abaisser. Aussitôt que le cristallin est débarrassé de ces liens anormaux, il faut l'abaisser, en suivant les préceptes donnés par le professeur de Pavie.

Il est cependant des cristallins glutineux qui ne peuvent être ni abaissés, ni réduits en fragmens assez menus pour être projetés dans la chambre antérieure. Il faut, dans ce cas, les briser en autant de pièces que possible, et attendre qu'ils soient absorbés sur place.

précepte déjà donné en 1622 par Bannister, et publié en 1683 par Barbette, en ces termes :

Licet cataracta non satis intra pupillæ regionem sit depressa, dummodo in particulas sit divisa perfecta visio intra sex aut octo septimanas sæpissimæ redit, licet tota opératio absque nullo fructu peracta videatur; quod aliquoties experientiâ edoctus loquar (1).

L'observation suivante prouvera la justesse des principes qui viennent d'être énoncés.

Première observation.—*Cristallin adhérent à l'iris dans plusieurs points, de consistance glutineuse ; procédés combinés du docteur Carron du Villards et de Barbette; guérison.*

M. Bauvais, âgé de soixante-onze ans, employé chez madame la comtesse d'Osmond, fut adressé à M. Carron du Villards par M. le docteur Chavernac.

Ce malade portait depuis quelques années deux cataractes aux deux yeux. Le gauche fut opéré il y a deux ans environ par extraction. L'opération ne put point être terminée, vu les nombreuses adhérences de l'iris au cristallin, et il s'en forma de si nombreuses après l'opération, que l'iris et la lentille ne faisaient plus qu'un.

Le docteur Carron du Villards jugea que non-seulement l'extraction était impossible par le droit, mais encore que l'abaissement offrait de grandes difficultés, à cause de trois adhérences très-appréciables, et qui rendaient la pupille très-irrégulière. Il y procéda en présence de MM. les docteurs Chavernac, Therrin et moi.

Le premier temps de l'opération fut exécuté avec les précautions indiquées plus haut; mais à peine l'opérateur voulut-il passer au second, que le cristallin se rompit en plusieurs pièces, sans qu'il y eût pourtant disjonction évidente, et sans que l'aiguille pût lui imprimer aucun mouvement de déplacement. Il se borna donc à le briser en tous sens, et l'abandonna à l'absorption. Quelques semaines suffirent pour absorber entièrement la lentille. Maintenant l'opéré voit parfaitement.

M. Carron a publié un cas analogue qui se présenta à lui chez madame Bertrand, rue Basse du Rempart, et chez laquelle les phénomènes d'absorption étaient précédés d'attaques de névralgie sus-orbitaire intermittente très-douloureuse.

Quelquefois, après l'opération de la cataracte par extraction, il se forme dans la chambre antérieure une collection purulente qui, dans quelques circonstances, se fait jour à travers la cicatrice qu'elle rompt et déforme, ce qui entraîne souvent la perte de la vision : il vaut mieux dans ce cas que le chirurgien donne lui-même issue à la matière purulente ; il y parvient facilement en soulevant une partie du lambeau semi-adhérent avec la petite spatule en or de Forlenze. Le pus sort facilement ; le malade est soulagé, et, quelque temps après, on peut injecter dans la chambre antérieure quelques gouttes d'eau distillée tiède.

Mais quand l'hypopion purulent se forme après la cicatrisation complète de la cornée, il faut alors recourir à une légère ponction de celle-ci, pour évacuer la collection purulente. Cette petite opération doit se pratiquer avec précaution au côté externe de l'ancienne incision avec le couteau lancéolé de Daviell, ou avec celui à pupille artificielle de Jœger. C'est le seul moyen de sauver l'œil des accidens de la suppuration. On peut juger des avantages de cette médication par le fait suivant :

Deuxième observation.— *Double cataracte aride siliqueuse. Extraction aux deux yeux ; hypopion consecutif ; ponction de la cornée ; guérison.*

M. Warms, américain, de Cincinnati (Etats-Unis d'Amérique), fut adressé à M. Carron par M. Carneyro, de Cadix, dont il avait antérieurement opéré la fille, atteinte d'une cataracte congéniale. Ce Monsieur portait deux cataractes arides siliqueuses survenues à la suite d'une violente ophthalmie blennorrhagique.

L'opération fut pratiquée quelques semaines après son arrivée, en présence de MM. Schmit, Bennati et moi. Quoique M. Carron n'opère jamais qu'un œil à la fois, il dut, dans ce cas, déroger à son habitude, et opérer les deux yeux par la volonté expresse du malade. Bien que la cataracte du côté gauche offrit quelque difficulté à l'extraction ; à cause d'une bride restante qu'on détruisit avec le kistotôme, l'opération fut cependant heureuse.

Douze jours, après le malade ayant commis quelques imprudences, une violente inflammation de l'iris de l'œil droit se manifesta ; on parvint, non sans peine, à arrêter l'intensité des symptômes inflammatoires par un traitement énergique ; mais il y eut dans la chambre antérieure une exsudation purulente qui occasionna des craintes sérieuses, et nécessita la ponction de l'œil qui fut suivie d'un plein succès ; on fit ensuite deux injections d'eau distillée dans l'œil, et le malade guérit parfaitement.

Dans un autre numéro, nous rapporterons quelques autres cas de cataracte congéniale.

N° DU 20.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. Bally et Piorry.

C'est le 5 novembre que M. Piorry a commencé ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu. L'affluence des élèves était grande, et malgré les bancs et les chaises ajoutés dans l'amphithéâtre, beaucoup d'auditeurs se pressaient debout, à la porte et dans le couloir.

Le professeur a commencé par établir l'importance clinique qui est si grande pour le médecin, puisque

(1) Chirurgia Barbetti, Geneve, n. 83, p. 49.

dans notre art l'observation est tout. Le maître qu'il faut suivre n'est pas celui qui dit le mieux, mais celui qui sait le mieux, et qui parvient à faire le mieux voir

La clinique est l'observation au lit du malade, et elle est aussi ancienne que la médecine. Mais quoiqu'on trouve dans l'antiquité quelques traces d'institutions de ce genre, l'enseignement clinique est assez moderne. Il fut surtout perfectionné par l'école de Vienne, et principalement par Stoll.

En France, c'est à Corvisart que doivent être rapportés les principaux essais de cet enseignement, qu'il fit d'une manière si éclatante. Ami des faits physiques, armé d'un diagnostic qui ne se trompait presque jamais, ce génie observateur profitant des travaux d'Avenbrugger, instruisait à la science clinique une foule d'élèves qui se pressaient à ses brillantes leçons. C'était une chose belle à voir que l'enthousiasme qui accompagnait cet enseignement à sa naissance.

Corvisart avait établi une société d'instruction médicale; c'était une véritable école mutuelle où les élèves s'apprenaient ce qu'ils avaient vu, se communiquant dans leurs réunions les réflexions de chacun sur les faits observés.

Cette institution a eu le sort de beaucoup d'excellentes choses; elle a disparu avec son fondateur. Plus tard, un grand nombre de cliniques furent créées. On doit surtout citer celles de MM. Broussais, Bouillaud, Rostan, etc.; si fréquentées, et méritant si bien de l'être. Chacun, par sa manière différente d'enseigner et d'envisager les faits, a contribué à l'avancement de la science.

En clinique ce sont des observations qu'il faut prendre. M. Piorry se demande si l'élève peut les recueillir seul? Il pense que non. Pour faire convenablement ce travail, il faut au moins quatre ou cinq ans d'études; il faut savoir saisir dans les symptômes ce qu'il y a d'important, voir ces symptômes et les lésions plus ou moins éloignées auxquelles ils doivent être rapportés.

Une observation prise par le professeur a toujours quelque degré d'intérêt; et d'ailleurs, pour se former des idées précises, il faut un ensemble, une unité dans les faits observés, qui ne se rencontrera jamais quand plusieurs observeront simultanément.

En effet, si dans les choses capitales les avis sont généralement unanimes, dans les petits détails, qui sont si importans dans notre science, il y a autant de variantes que d'observateurs. A force d'entendre interroger les malades d'une manière convenable, d'écrire le résultat de l'examen dicté par le professeur, et c'est la marche que suit M. Piorry, l'élève s'accoutume insensiblement et par degrés, à voir lui-même et à bien voir.

Après ces premières considérations, M. Piorry parle de la manière dont on a conçu l'étude clinique. En général, on n'a étudié que les maladies. Depuis les Vésale, les Morgagni, les Haller, peu à peu, et à mesure qu'on a acquis des connaissances plus positives, on a commencé à comprendre que l'étude de la maladie n'était rien et que, tout au contraire, se trouvait dans l'étude de l'organe, du tissu, du liquide malades. Etudier les maladies, c'est s'occuper des mots; étudier l'état organique, c'est s'appuyer sur des choses, et cette étude constitue la médecine.

Si on suppose un homme arrivant au lit du malade et étudiant la maladie; contre une maladie déterminée, il doit avoir un médicament déterminé, et par conséquent autant de maladies, autant de médicamens. Mais il n'est pas deux maladies qui se ressemblent parfaitement; et d'ailleurs elle est telle aujourd'hui, et demain sera toute autre. Soit pour exemple l'arthrite aiguë; des sujets atteints de cette affection présenteront dix états organiques différens.

Il y a à constater l'état des jointures, des organes profonds, du sang, de la quantité relative de sérum et et de coagulum, etc. Hier c'était une arthrite que vous aviez à combattre, aujourd'hui c'est un hydro-péricarde. Et si vous n'étudiez de cette manière, n'espérez pas marcher dans une voie sûre : vous promènerez le nom de rhumatisme de place en place; des articulations sur le cœur, sur le cerveau etc. Cette manière de procéder est malheureusement trop générale.

On ne peut donc être vraiment médecin qu'en considérant tous les organes, tous les tissus, tous les liquides dans les circonstances pathologiques de l'économie, et c'est en arrangeant, en coordonnant ces états organiques qu'on arrive à la vérité.

Un malade, par exemple, porte dans l'intestin grêle des rougeurs, et les plaques agminées de Peyer sont manifestement gonflées : les symptômes qui représentent cet état sont évidens : eh bien! c'est là tout ce que certain médecin verra dans l'examen de cet individu. Tout pour lui viendra se grouper autour de cette lésion et devra y être rapporté, c'est-à-dire que huit jours, quinze jours même après, il conservera le même nom à la maladie; et pourtant, pendant ces quinze jours il y aura eu cinq à six organes malades : le poumon se sera hypérémié, le foie se sera hypertrophié, la rate aura été engouée, les membranes cérébrales auront participé à l'irritation, l'hématose se sera incomplètement et mal faite.

Qu'est devenue la fièvre typhoïde au milieu de tous ces désordres? Ce n'est plus maintenant qu'une chose secondaire, et ce qui était hier un léger épiphénomène est devenu aujourd'hui le point culminant de la maladie.

Il ne faut donc pas considérer la maladie par son nom, mais par l'état ou les états organiques qui se manifestent pendant sa durée; il faut faire divorce avec la première affection, quand d'autres états organiques se manifestent dans l'économie.

M. Piorry termine sa leçon en disant que tous ses efforts tendront, dans le cours de son enseignement, à apprendre aux élèves les procédés à l'aide desquels ils doivent parvenir à déterminer, à reconnaître et à étudier ces états organiques. Il donne quelques règles sur la manière de recueillir les observations. Que dans aucuns cas l'exploration du malade ne soit pour ce der

nier une chose fatigante, M. Piorry assure que, de son côté, il n'épargnera rien pour concilier l'instruction des élèves qui viennent la chercher à ses leçons avec l'intérêt des hommes dont la santé lui est confiée.

Il annonce, au milieu des applaudissemens de ses nombreux auditeurs, qu'il s'est arrangé de manière à avoir pour ses leçons sur le diagnostic, qu'il se propose de faire les mardis et les jeudis, le grand amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, qui est libre à neuf heures. Ses conférences cliniques continueront à avoir lieu dans celui où il les fait depuis un an, les lundis, mercredis et vendredis.

N° DU 22.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Cours de Pathologie interne ; M. Andral, professeur.

Leçons sur la Gastro entérite.

On désigne par le nom de gastro-entérite la phlegmasie de l'estomac et des intestins. A une époque qui n'est pas très-éloignée de nous, on ne connaissait que les inflammations du tube digestif produites par l'ingestion des poisons. Grâce aux admirables travaux de M. le professeur Broussais, nous sommes plus avancés aujourd'hui. Les phlegmasies gastro-intestinales, sous le rapport de leurs caractères anatomiques, de leurs symptômes, de leur terminaison, sont aussi bien connues que les inflammations de la muqueuse oculaire.

La gastro-entérite se présente sous forme aiguë et sous forme chronique. Nous allons successivement exposer les lésions anatomiques, les causes, les symptômes et le traitement de cette phlegmasie à l'état aigu.

Les lésions anatomiques de la gastro-entérite aiguë ont leur siége soit dans le plan de la membrane muqueuse, soit dans ses follicules, soit enfin dans les tissus sous-jacens. La première modification que subit la muqueuse consiste dans un changement de couleur. Elle est rouge ou noire. Cette dernière nuance ne s'observe que dans les phlegmasies sur-aiguës ; celles surtout qui sont produites par l'ingestion de liquides irritans. La couleur rouge, résultant de l'injection des capillaires, se montre sous des formes très-variées. Tantôt ce sont de simples arborisations plus ou moins fines, tantôt c'est un pointillé très-vif, formant des stries, des bandes, etc.

La rougeur ne suffit pas pour caractériser l'inflammation de la muqueuse intestinale. Si elle existe sans modification de l'épaisseur et de la consistance de cette membrane, elle caractérise la congestion ou hypérémie, mais elle ne saurait constituer un véritable état inflammatoire. Ainsi, dans ce dernier cas, outre la rougeur, la muqueuse gastro-intestinale présente un épaississement ou un ramollissement plus ou moins marqués. Le ramollissement présente différens degrés. Tantôt la muqueuse est un peu plus fragile que dans l'état normal, elle ne fournit que des lambeaux très-courts : tantôt elle est réduite en une pulpe rouge, diffluente.

En même temps que la membrane muqueuse est altérée, les différens produits qu'elle sécrète subissent de notables modifications. Ainsi les mucosités, qu'elle exhale en plus grande quantité, forment à sa surface une couche épaisse qui, le plus souvent, dérobe l'aspect de la rougeur. La bile afflue aussi en plus grande quantité dans l'intestin, et remonte souvent dans l'estomac. On rencontre quelquefois aussi dans la muqueuse gastro-intestinale du pus et des fausses membranes. Ces dernières occupent spécialement l'estomac et la partie inférieure du gros intestin. Elles s'observent rarement chez l'adulte. Elles se rencontrent surtout à la suite des phlegmasies de l'enfance.

Les différentes lésions que nous venons de passer en revue peuvent n'affecter que le plan de la muqueuse ; d'autres fois elles n'occupent que les villosités. Dans d'autres cas elles siégent dans les nombreux follicules qui unissent la muqueuse, et forment un véritable exanthème intestinal. De là différentes variétés de gastro-entérite.

Celle qui a pour siége les follicules intestinaux sera décrite plus tard sous le nom d'entérite folliculeuse, ou fièvre typhoïde. Ses caractères anatomiques seront étudiés à part.

La terminaison commune de ces lésions, quelque soit leur siége, est l'ulcération. Elle peut se montrer à la suite de l'inflammation, soit dans le plan même de la muqueuse, soit dans les follicules. Ce dernier cas est le plus commun.

La gangrène est aussi une des terminaisons possibles de l'inflammation gastro-intestinale ; mais on l'observe rarement de nos jours C'est surtout dans les phlegmasies folliculeuses qu'elle se montre. Les altérations peuvent avoir leur siége dans toute la partie sous-diaphragmatique du tube digestif. Toutefois, elles sont plus rares dans l'estomac que dans l'intestin. C'est principalement à la fin de l'iléon qu'on les observe. Le bord de ces ulcérations est constitué par la muqueuse. Le tissu cellulaire sous-muqueux, ou la membrane musculaire, ou bien encore la tunique péritonéale, en forment le fond. Dans ce dernier cas la séreuse se déchire quelquefois, et des épanchemens stercoraux rapidement mortels se font dans la cavité du péritoine. Cet accident est plus commun dans l'entérite folliculeuse que dans la gastro-entérite érythémateuse dont nous nous occupons ici.

Telles sont les altérations qui peuvent frapper la muqueuse digestive enflammée. La lésion des tissus sous-jacens est moins fréquente. Dans le tissu cellulaire sous-muqueux, on observe différens degrés d'injection, des ecchymoses, des infiltrations purulentes, de l'épaississement et du ramollissement. Il en est de même des autres parties qui forment les parois intestinales. Dans les cas de perforation il y a altération de tous les tissus.

On a dit que l'estomac se contractait par suite de l'inflammation ; ce phénomène est très-rare, et ne s'ob-

serve qu'à la suite des gastrites sur-aiguës produites par un emprisonnement.

Après avoir exposé les caractères anatomiques de la gastro-entérite, nous allons étudier les causes qui en favorisent la production. Ces causes doivent être recherchées, soit dans le monde extérieur, soit dans l'individu lui-même. A ce premier ordre de causes se rattache tout ce qui est relatif aux *circumfusa* et aux *ingesta*. Les circonstances atmosphériques ont moins d'influence sur la production de la gastro-entérite que sur les formes qu'elle doit revêtir. Ainsi les phlegmasies gastro-intestinales s'observent dans tous les climats et sous toutes les températures; mais elles présentent, suivant les pays où on les observe, une physionomie toute particulière. Ainsi, dans les pays froids, les symptômes locaux prédominent. La maladie reste locale pendant tout son cours. Dans les pays chauds, au contraire, l'inflammation locale envoie dans le reste de l'économie de nombreuses irradiations. Les centres nerveux s'affectent spécialement; de-là les divers groupes de symptômes qui fondent l'ataxis ou l'adynamie. Dans les pays équatoriaux, le foie s'affecte sympathiquement; de-là des vomissemens bilieux répétés, des douleurs de l'hypocondre et une teinte ictérique de la peau. Dans les pays humides enfin, c'est l'altération de sécrétion qui prédomine. Dans un même pays, sous une même latitude, on observe ces différentes formes suivant les saisons. Ces distinctions sont très-importantes dans la pratique, puisqu'elles apportent des modifications aux moyens thérapeutiques qui doivent être employés contre ces différentes formes.

Parmi les ingestas qui favorisent la production de la gastro-entérite, nous citerons certains alimens. On a attribué une trop grande importance aux alimens dits excitans. Il faut que leur usage soit long-temps prolongé; et qu'il existe déjà dans les voies digestives des signes d'inflammation chronique pour qu'ils puissent produire une phlegmasie aiguë. Il n'en est pas ainsi des substances alimentaires altérées. Les viandes putréfiées, le pain fabriqué avec des farines avariées; les viandes difficilement attaquables par les forces digestives comme celle de porc et le pain de sarrasin qui contient une grande quantité de ligneux; certains champignons, les moules, la chair de certains poissons peuvent produire la gastro-entérite.

Au nombre de ces causes, nous mettrons aussi le lait modifié par une influence nerveuse. On voit des enfans à la mamelle qui sont pris de vomissemens pour avoir sucé le lait de leur nourrice après une violente colère. Le lait trop nourrissant, tel que celui de vache, peut amener les mêmes accidens chez un enfant nouveau-né. On peut en dire autant des laits trop anciens, chez lesquels le sérum prédomine, et qui, par conséquent, ne contiennent pas assez de matières chimifiables. Enfin l'abstinence complète d'alimens pendant un temps plus ou moins long est elle-même cause de gastrite.

Nous en dirons autant d'un changement brusque dans l'alimentation; c'est ainsi qu'à l'époque du sevrage les jeunes enfans sont souvent atteints de gastro-entérite.

Parmi les boissons qui peuvent donner lieu à l'inflammation du tube digestif, nous citerons les eaux non potables; l'eau très-froide prise le corps étant en sueur. Les glaces produisent le même effet. L'abus des boissons alcooliques cause plus fréquemment la gastrite chronique, que la gastrite aiguë.

J'ai vu succomber dernièrement, dans les salles de l'hôpital de la Pitié, à un cancer de l'estomac, un homme qui, depuis plusieurs années, prenait régulièrement deux litres d'eau-de-vie par semaine. A aucune époque de sa vie, il n'avait présenté des signes de gastrite aiguë. Enfin l'abstinence des boissons comme celle des alimens cause la gastro-entérite. Tous les poisons irritans et corrosifs, tels que les acides concentrés, les alcalis minéraux, certains sels et plusieurs substances végétales et animales dont l'énumération serait trop longue.

Depuis plusieurs années, on a signalé l'influence des *vomitifs et des purgatifs* sur la production de la gastro-entérite. C'est une erreur contre laquelle je dois m'élever. J'ai fait usage bien souvent, depuis quelques années, des évacuans, et je puis affirmer que lorsqu'ils ont été introduits dans un canal digestif exempt de phlogose, ils n'ont presque jamais produit des accidens. A peine si j'en ai observé une fois sur cent. Lorsqu'au contraire ils sont ingérés dans un estomac frappé de phlogose, ils peuvent l'augmenter, et encore cette augmentation n'est pas constante. Ainsi lorsque les évacuations sont abondantes, les vomitifs et les purgatifs administrés à un individu atteint de gastro-entérite peu intense, sont exempts de danger.

Les causes internes résultent de certaines conditions physiologiques ou pathologiques existant dans l'individu lui-même. De ces différentes manières d'être qu'on a appelées tempérament, celles qui prédisposent le plus aux inflammations gastro-intestinales sont les tempéramens bilieux et lymphatiques. C'est à tort qu'on a signalé le tempérament sanguin comme prédisposant surtout aux inflammations. Il suffit d'observer un certain nombre de scrofuleux, pour acquérir la conviction que chez eux, sous l'influence de la cause la plus légère, les voies digestives s'enflamment avec une merveilleuse facilité.

On observe la gastro-entérite à toutes les époques de la vie. Aucun âge n'est à l'abri de ses atteintes. On a trouvé chez l'enfant nouveau-né toutes les lésions que nous avons signalées plus haut, on les a aussi observées chez l'adulte et le vieillard. Mais les âges impriment quelques modifications à la forme de gastro-entérite. Chez les enfans, on observe la forme nerveuse, chez l'adulte la forme typhoïde, et chez le vieillard la forme adynamique.

On ne sait rien de positif relativement à l'influence des sexes.

Parmi les conditions pathologiques, nous devons signaler en premier lieu la gastro-entérite chronique. Toutes les fois qu'un individu est atteint d'une phlegmasie chronique des voies digestives, il y a chance pour qu'à l'occasion de l'une quelconque des causes

que nous avons énumérées, l'inflammation passe à l'état aigu.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Fracture des os du nez et du maxillaire supérieur par écrasement; perte de l'œil gauche; guérison; par M. Ch. Monlaud, D. M. P.

Le 11 octobre 1834, à onze heures du matin, je fus appelé chez M. Bourget, commissionnaire de roulage, pour donner des soins à un de ses chargeurs qui venait d'être gravement blessé.

Cet homme était monté sur une échelle et chargeait sur une voiture une caisse pesant 500 livres; l'échelle glisse, la figure de cet homme porte sur la roue de la voiture, et la caisse tombe sur la partie postérieure de la tête.

J'arrive de suite auprès du malade; voici ce que j'observe :

Perte d'une grande quantité de sang; les os du nez sont brisés et divisés en un grand nombre de fragmens, les parties molles sont aussi divisées; le maxillaire supérieur est divisé dans toute son épaisseur, mais les fragmens conservent leur position naturelle. Les humeurs de l'œil gauche se sont écoulées; l'œil du côté droit a éprouvé une forte contusion, la paupière supérieure du même côté est divisée; toutes les autres parties de la figure sont horriblement contuses. Le malade a sa connaissance, mais peut à peine répondre aux questions qui lui sont adressées.

Je réunis les différentes plaies avec des bandelettes de diachylon, et je place dans les narines des cylindres de toile, qui ont pour but de relever les fragmens et de rendre moins considérable la difformité qui suit toujours une pareille blessure. Vu l'énorme quantité de sang qui a été perdue, je diffère de quelques heures la saignée; le malade vomit beaucoup de sang qu'il a avalé pendant le pansement.

A deux heures, je me rends auprès de lui; les vomissemens continuent. Je pratique une saignée de huit onces qui paraît le soulager. Tisane de chiendent avec quelques tranches de citron.

Le reste de la journée est plus calme; les vomissemens sont moins fréquens.

Le soir, à sept heures, un peu d'amélioration.

Le 12, à onze heures, je me trouve avec MM. les docteurs Lacour et Caffe, qui ont été appelés en consultation; le malade est dans l'état suivant:

Toutes les parties de la face sont en assez bon état; l'œil droit est bon, la conjonctive seule est fortement injectée; les vomissemens ont cessé; l'état général est bon. Tisane de chiendent et citron; bouillon de veau avec addition de sulfate de soude 3 onces, à prendre en trois fois; pansement avec les bandelettes de diachylon, introduire dans les narines des cylindres d'une forte sonde de gomme élastique, appliquer sur les deux côtés du nez des coussinets de charpie; saignée de dix onces.

Le 13, nuit bonne; point de garde-robe malgré le sulfate de soude qui a été administré. Même boisson; 1 once de sulfate de soude dans un verre de bouillon de veau; pansement *ut suprà.*

Le 14 au matin, une selle très-copieuse suivie d'une grande amélioration. Le pouls, qui s'était élevé dans la journée du 13, revient à son état calme. Les plaies sont en bonne voie de guérison. Même traitement.

Le 15, gonflement très-considérable de l'œil gauche; douleurs très-vives qui arrachent des cris au malade; la conjonctive de l'œil droit est toujours fortement injectée. Application de quatre sangsues à la paupière inférieure de l'œil gauche, deux au droit; fomentations émollientes pour faciliter l'écoulement du sang; une once de sulfate de soude dans un verre de bouillon de veau; même tisane.

Dans la nuit du 15 au 16, huit ou dix fortes évacuations de matières noires et fétides.

Le 16 au matin, l'œil gauche est fortement tuméfié et forme une tumeur qui repousse les paupières : il est très-douloureux. Cataplasmes de farine de graine de lin; même boisson.

Les 17 et 18, l'œil gauche est un peu moins douloureux et paraît diminuer. Des douleurs de tête se font sentir; la joue droite est douloureuse est gonflée : tout porte à craindre qu'il s'y forme un foyer de pus. La conjonctive palpébrale de l'œil droit étant toujours fortement injectée, je pense, avec MM. Caffe et Lacour (le 18), qu'il est urgent d'en faire l'excision; en conséquence, le bourrelet qu'elle forme est excisé dans toute son étendue avec des ciseaux plats. Bouillon de veau pour tisane; cataplasmes émolliens; douze sangsues à la partie inférieure de la joue droite; sinapismes aux jambes.

Le 20, l'abcès de la joue est formé. Je donne issue au pus en pratiquant une ouverture à la partie la plus déclive de la tumeur; il en sort une grande quantité de matière purulente; le malade est aussitôt soulagé. Lait; bouillon coupé.

A compter de ce jour, le malade va de mieux en mieux, et arrive à une entière guérison sans le moindre accident.

Aujourd'hui 15 novembre, il est en état de reprendre ses occupations.

Au moyen des pansemens qui ont été faits pendant toute la maladie, je suis parvenu à rétablir le nez dans sa forme naturelle, ou à peu de chose près; de telle sorte que la figure de cet homme n'a rien de repoussant.

Vice de conformation de l'iris; par M. le docteur E. Cazentre, de Bordeaux.

Depuis long-temps j'avais remarqué sur une personne à qui j'ai donné des soins, un vice de conformation remarquable, et qui, par sa rareté, me parut plein d'intérêt pour l'anatomie et la physiologie pathologiques de l'organe de la vision. Cette disposition me parut être

une absence congéniale de l'iris : je me proposais de la livrer à la publicité, lorsqu'en lisant le compte-rendu d'une des séances de la société médicale d'émulation de Paris, tenue le 18 juin dernier, je vis que M. Carron du Villards citait quelques faits semblables ; que MM. Sichel et Velpeau, s'élevant contre les idées de cet auteur, regardaient les observations d'absence congéniale comme peu probantes, et les attribuaient à l'illusion produite par une rétraction plus ou moins considérable des fibres de cette membrane.

Ces opinions faisant naître quelques doutes dans mon esprit, j'observai le malade de nouveau, et plusieurs fois je persistai dans mon premier jugement. Cependant, pour plus de sûreté, je priai M. le docteur Brulatour fils de vouloir bien se joindre à moi ; nous examinâmes encore avec une extrême attention, nous nous servîmes de la loupe, et ne pûmes remarquer que ce que j'avais déjà vu. Voici le fait.

M. M..., âgé de quarante-six ans, d'une constitution robuste et d'une santé parfaite, a ses deux yeux dépourvus d'iris. A droite on ne peut apercevoir la moindre trace de cette membrane ; à gauche existe un petit croissant grisâtre qui, depuis la partie moyenne et interne, s'étend un peu en dehors du point médian supérieur ; ce croissant paraît être un rudiment de l'iris ; les deux cornées transparentes sont un peu plus convexes et moins grandes que dans l'état ordinaire ; les ligamens ciliaires offrent également un cercle moins étendu, et leurs circonférences internes par conséquent plus petites, l'un étant de chaque côté une ouverture qui supplée à la pupille, et de laquelle on voit se réfléchir une coloration d'un noir bleuâtre produite par le pigmentum de la choroïde.

Cette difformité est congéniale ; dès son plus jeune âge, M. M... frappa ceux qui l'approchaient par l'étrangeté de ses yeux ; on le crut d'abord aveugle : quelques médecins qui le virent alors le pensèrent aussi : ce ne fut qu'après plusieurs tentatives qu'on s'assura plus tard que l'œil était sensible à la lumière.

Comme on le présume bien, une semblable conformation doit troubler fortement la fonction visuelle ; aussi ne peut-il voir nettement les objets que de très-près ; d'un peu loin, il aperçoit les corps volumineux, mais sans pouvoir distinguer leur forme. En plein jour, quand le soleil éclaire, sa vue est troublée et confuse ; ses yeux sont larmoyans ; ses paupières sont alors presque fermées : quand le pavé ou un corps blanc reflètent vers ses yeux l'éclat de la lumière, il éprouve une assez forte douleur dans les orbites et dans la tête. Il ne peut lire à la chandelle ; les objets lui paraissent enveloppés d'un brouillard épais. Il voit plus facilement dans l'ombre et après le coucher du soleil : la lecture le fatigue beaucoup, il ne peut la continuer que peu de temps, même avec des lunettes dont il fait habituellement usage. Cependant il peut lire les caractères d'un journal dans une obscurité assez grande et telle que toute autre personne ne pourrait le faire.

C'est lorsque la nuit approche que sa vision est le plus parfaite : dans les ténèbres les plus épaisses, il voit toujours assez pour se conduire : tels sont les détails circonstanciés que j'ai pu recueillir ; j'ai multiplié mes examens et toujours je les ai trouvés identiques.

L'état anatomique rend un compte facile des phénomènes qui se passent dans la vision.

Pour que la vue s'opère convenablement, il faut qu'il existe une membrane iris, présentant dans son centre une ouverture pupillaire ; que cette pupille jouisse des mouvemens de dilatation, de resserrement ; qu'elle puisse offrir aux rayons de lumière une issue dont la grandeur soit en rapport avec leur intensité et l'excitabilité de la rétine ; qu'elle mesure et ne laisse pénétrer que ceux qui sont nécessaires pour l'exécution des phénomènes ; alors l'harmonie existe et le but physiologique est parfaitement rempli.

Mais chez M. M..., il n'en est pas ainsi ; il passe par l'ouverture centrale, toujours trop spacieuse, une même quantité de rayons lumineux ; plus ces rayons sont actifs, plus la vue est péniblement troublée : aussi l'éclat du feu, la lueur d'une chandelle, la vivacité d'un soleil ardent l'obligent à baisser la tête, à regarder en dessous ; il ferme alors les paupières et ne laisse entre ces deux voiles mobiles qu'un léger intervalle qui livre passage à la lumière, et limite celle qui doit pénétrer au fond de l'œil et y peindre l'objet éclairé ; c'est ce mécanisme qui supplée, mais très-imparfaitement, à l'existence de la pupille.

Si nous jugeons d'après l'exagération du rythme physiologique, il semble aussi que la rétine est plus excitable et plus sensible que dans l'état normal : en effet, M. M... peut suivre facilement les caractères écrits dans une obscurité assez grande, et la nuit la plus épaisse lui fournit toujours assez de clarté pour diriger ses pas.

Cela ne pourrait-il pas dépendre également de ce que l'ouverture centrale constamment large et dilatée, fournit une libre entrée à une réunion de rayons lumineux plus considérable qu'il ne le faut dans l'ordre habituel ?

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

OCTOBRE ET NOVEMBRE 1834.

Considérations sur la théorie de la population, et expériences sur la force musculaire de l'homme aux différens âges.

(Extrait d'un ouvrage actuellement sous presse et qui est intitulé : *Sur l'Homme et le développement de ses facultés*, ou *Essai de Physique sociale.*) par M. A. Quetelet, correspondant de l'institut de France et directeur de l'observatoire de Bruxelles.

---

§ I. *De la force musculaire de l'homme aux différens âges.*

La mesure de la force est un des élémens que nous avons le plus d'intérêt à connaître d'une manière précise ; aussi ce sujet de recherches a-t-il fixé l'attention d'un grand nombre d'observateurs ; mais comme leur principal but était de reconnaître l'effet utile de la force, ce qu'ils ont fait, porte un caractère de spécialité qui éloigne leurs résultats de ceux que je me propose de déterminer sous le point de vue scientifique. Ainsi, Desaguillers, Delahire, Guenyveau, Coulomb, Schulze, etc., ont recherché principalement les relations qui existent entre la vitesse et la charge pour un homme qui travaille soit en portant des fardeaux, soit en les traînant. Je n'entrerai pas dans les détails des résultats qu'ils ont obtenus, on peut les trouver dans les principaux traités de mécanique pratique ; ce qu'il nous importe ici de connaître avant tout, c'est, il me semble, comment se développe avec l'âge, l'intensité de la force que l'homme peut déployer, soit avec les mains, soit avec les reins, sans l'assujétir à un travail journalier, qui se compose d'élémens plus complexes.

On a proposé, pour la détermination des divers degrés de notre force physique, différens instrumens dont le moins imparfait est sans contredit le *dynamomètre* de Regnier. Cependant cet instrument laisse encore beaucoup à désirer ; et, tout en reconnaissant ses défauts, quand je commençai les expériences dont je vais présenter ici les résultats, j'étais loin de les supposer aussi grands qu'ils le sont effectivement. Celui qui a le plus d'influence dépend essentiellement de la forme du dynamomètre : selon la grandeur de la main et la longueur des doigts, on le manie en effet avec plus ou moins de facilité, et l'on obtient des estimations de force plus ou moins exactes. Ce défaut est surtout sensible pour les enfans; il faudrait presque employer des instrumens différens pour les différens âges. Ces inconvéniens m'avaient porté à imaginer un dynamomètre dans lequel les deux lames d'acier, qu'il s'agissait de réunir par la pression, devaient, pour le maximum d'effet, prendre dans la main la disposition la plus favorable à le développer ; malheureusement d'autres travaux m'ont empêché de donner suite à ces essais, et d'entreprendre de nouvelles séries d'observations. Je dois donc me borner à présenter les résultats obtenus avec le dynamomètre de Regnier, en prévenant qu'ils n'offrent pas le degré d'exactitude que j'aurais voulu leur donner.

Il me semble qu'on peut déjà juger de l'imperfection du dynamomètre par la discordance des résultats obtenus par les observateurs qui s'en sont servis. Selon Regnier, l'homme de 25 à 30 ans est dans toute sa force, et peut, en serrant fortement avec les deux mains, faire un effort égal à 50 kilogrammes et soulever un poids de 13 myriagrammes. Il conserve jusqu'à 50 ans environ ce degré de force, qui alors diminue progressivement (1). La force de la femme a été évaluée à celle d'un jeune homme de 15 à 16 ans, c'est-à-dire, aux deux tiers de celle d'un homme de force ordinaire.

Regnier a trouvé encore qu'en essayant la force des mains, l'une après l'autre, celle de la main droite est ordinairement plus grande que celle de la main gauche, et que la somme

---

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, articles *Dynamomètre* et *Description et usage du dynamomètre*, Journal de l'Ecole polytechnique, prairial an VI.

équivaut, pour l'ordinaire, à la force des deux mains agissant ensemble.

D'autres expériences ont été faites depuis par le voyageur Péron qui en a consigné les résultats dans la relation de son voyage aux terres australes. M. Rançonnet a fait aussi des expériences dynamométriques, en rade du Havre, sur 345 individus appartenant aux équipages de deux frégates et d'un brick qu'il commandait. En réunissant les valeurs obtenues par les différens observateurs, on peut former le tableau suivant :

Individus observés.	Observateurs.	FORCE manuelle.	FORCE rénale.
Français (25 à 30 ans.)	Regnier	50 kil.	13,0 myr.
» (25 à 45 ans.)	Rançonnet	46,3	14,2
» »	Péron	69,2	22,1
Indigènes de la Nouv.-Hollande.	»	51,8	14,8
Malais de l'île de Timor.	»	58,7	16,2

Les degrés des forces observées pour les Français diffèrent beaucoup, comme on peut le voir ; les résultats de Péron surtout s'écartent très-sensiblement de ceux de MM. Rançonnet et Regnier (1). Il paraîtrait que Péron aurait fait une méprise dans la lecture des degrés du dynamomètre ; c'est du moins ce qui résulte de la vérification qui a été faite ensuite par MM. Freycinet et Bailly qui faisaient partie des personnes mesurées par Péron, et qui se sont trouvées avoir une force rénale sensiblement moindre que celle qui avait été portée sur le tableau où figuraient leurs noms. D'après M. Freycinet, il faudrait lire pour la force rénale indiquée par Péron :

15,2 myr. au lieu de 22,1 pour les Français.
10,1 » » 14,8 » habitans de la Nouv. Hollande.
11,3 » » 16,2 » » de l'île de Timor.

Quoi qu'il en soit, en ne considérant les valeurs de Péron que comme relatives, il paraît au moins certain que la force des matelots français était plus grande que celle des sauvages, et ce résultat s'accorde avec les assertions d'un grand nombre de voyageurs.

Les expériences dynamométriques exigent les précautions les plus grandes ; j'ai vu les mêmes personnes présenter des différences extrêmement marquées. Une cause d'erreur assez commune, quand on ne prend pas de précautions suffisantes et qu'on se sert de l'instrument de Regnier pour mesurer la force des reins, c'est qu'on fait marcher l'aiguille autant en pressant l'instrument entre le genoux que par traction. Il est très-difficile en effet de tirer sans être porté à rapprocher les genoux et à serrer ainsi le ressort elliptique dans le sens de son petit axe, c'est-à-dire dans la partie où il cède le plus facilement. La manière dont on se place pour tirer et la hauteur de la taille ont également de l'influence. Il est important aussi de vérifier l'instrument le plus souvent possible et surtout vers l'extrémité inférieure de l'échelle, parce qu'il est généralement moins sensible pour de faibles poids.

Je regrette de n'avoir pu multiplier mes expériences autant que je l'aurais désiré ; aussi je ne présente mes résultats qu'avec défiance. Le nombre des individus observés à chaque âge était de dix au moins. Les individus appartenaient assez généralement à la classe aisée ; et ceux au-dessous de 25 ans, parmi les garçons, ont été généralement pris dans les collèges et à l'école de médecine de Bruxelles ; les filles ont été prises aussi dans les écoles et à l'hospice des orphelines.

Il est bon, en mesurant la force d'une personne, de prendre la moyenne de plusieurs observations successives, parce qu'on remarque que les résultats varient légèrement entre eux, et il arrive en général que le premier effort est plus énergique que le second, le second plus que le troisième, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on arrive à une certaine limite ; mais la différence n'est bien sensible que pour les deux ou trois premiers efforts (1). On peut trouver, entre le premier effort et la limite, une différence d'un à deux degrés et quelquefois davantage. Ces sortes d'observations comportent en conséquence d'assez fortes chances d'erreur.

Observations sur la force rénale estimée au moyen du dynamomètre.

AGES.	FORCE RÉNALE DES HOMMES.	FORCE RÉNALE DES FEMMES.	RAPPORT DE LA FORCE des hom. à celle des fem.
	myr.	myr.	
6 ans.	2.0		
7	2.7		
8	—	2.4	
9	4.0	3.0	:: 1.33 : 4
10	4.6	3.1	1.48
11	4.8	3.7	1.30
12	5.1	4.0	1.28
13	6 9	4.4	1.57
14	8.1	5.0	1.62
15	8.8	5.3	1.66
16	10 2	5.9	1.72
17	12.6	6.4	1.97
18	13.0	6.7	1.94
19	13.2	6.4	2.06
20	13.8	6.8	2.03
21	14.6	7.2	2.05
25	15.5	7.7	2.01
30	15.4		
40	12.2		
50	10.1	5.9	1.71
60	9.3		

Je n'ai pas compris dans ce tableau les enfans de moins de 6 ans pour les garçons, et de moins de 8 pour les filles, à

(1) M. Rançonnet a bien voulu me donner quelques renseignemens sur ses observations, qui lui avaient été demandées, et qu'il a faites avec un instrument dont il ne garantit pas l'exactitude, n'ayant pas été dans le cas de le vérifier par lui-même.

(1) M. Edwards, qui s'occupe en ce moment d'observations dynamométriques, a cru reconnaître que généralement, chez les personnes fortes, le contraire a lieu après le dîner, et que le premier effort est un peu moins intense que les suivans, du moins pour la force des mains.

cause de la difficulté qu'il y aurait eu à leur faire manier le dynamomètre ; et, par suite des erreurs qui en seraient résultées, il faut ajouter à toutes les valeurs précédentes le poids du dynamomètre qui doit nécessairement faire partie de l'effort à vaincre ; ce poids s'élève à 1 kilogramme.

Si l'on avait des instrumens très-sensibles et très-commodes pour mesurer la force rénale des enfans, il est évident qu'on ne pourrait commencer à en faire usage que vers l'âge de 1 à 2 ans, puisque avant cette époque, l'enfant n'est pas encore en état de se porter lui-même, et par conséquent de se soutenir avec des poids étrangers. Il est à remarquer que, pour tous les individus qui figurent dans la table, la force des reins est suffisante pour soulever une charge ou pour vaincre un obstacle plus grand que le poids même de l'individu. La charge que l'on peut porter relativement à son poids, croît jusqu'à la maturité ; et l'homme formé peut soulever plus que le double de son poids.

La force rénale des femmes diffère moins de celle des hommes, pendant l'enfance qu'après le développement complet. Pendant l'enfance, la force rénale des garçons surpasse celle des filles d'un tiers environ ; vers l'âge de puberté, de la moitié ; et la force de l'homme développé, est double de celle de la femme.

La différence des professions exerce une influence assez sensible. J'ai vu des ouvriers maçons, charpentiers, etc., faire marcher le dynamomètre à 20 degrés et au-delà. La moyenne prise, pour plusieurs servantes de 20 à 40 ans, m'a donné une valeur de 10 à 11 degrés.

La mesure de la force des mains est celle qui présente le plus d'obstacle. Il me semble qu'il est à-peu-près impossible de compter sur l'exactitude des résultats, si les observations n'ont pas été faites avec le plus grand soin par une seule et même personne. Le premier obstacle, et c'est le plus grand, provient de l'inégale grandeur des mains et de la difficulté de saisir l'instrument. D'après toutes les vérifications que j'ai faites, je crois pouvoir compter sur l'exactitude de mes résultats ; et néanmoins ils sont tellement discordans avec ceux qui ont été obtenus par les observateurs cités, que j'ai balancé quelque temps à les employer, d'autant plus qu'ils sont comme toutes les mesures prises avec le dynamomètre de Regnier, assujétis à subir une correction préalable qui dépend de l'inégale grandeur des mains. Pour montrer combien cette correction est importante, j'ai fait différentes épreuves avec les dynamomètres, en plaçant mes mains dans différentes positions, et j'ai obtenu des valeurs extrêmement dissemblables. On va mieux en juger par ce qui suit.

Le dynamomètre dont j'ai fait usage se compose, comme tous les autres, d'un ressort de forme à-peu-près elliptique. Les longueurs du grand axe et du petit axe sont respectivement de 30 et 5,5 centimètres : le cadran et l'indicateur sont placés de manière que les deux mains, dans leur plus grand rapprochement, sont encore éloignées de 2,5 centimètres ; et que la pression se fait toujours à une certaine distance du petit axe où se produirait le *maximum* d'effet. On n'a donc qu'une partie de l'action que l'on pourrait produire, en pressant aux deux extrémités du petit axe. Du reste, il paraît que c'est en ayant égard à cette distance, que le dynamomètre dont je me suis servi, a été gradué. J'ai voulu savoir alors quels seraient les effets produits en écartant successivement les mains davantage, et j'ai obtenu les valeurs :

Distance des deux mains.	Degrés du dynamomètre.
25 millim.	80.5
35 »	64.0
45 »	54.5
55 »	49.5
65 »	44.0
75 »	38.0
85 »	34 6

Ainsi, en plaçant les mains de manière que chacune d'elles fût, dans sa plus courte distance, à un centimètre du cadran et par conséquent distantes entre elles de 45 millimètres, je ne produisais plus qu'un effort de 54,5 au lieu de 80,5 ; ce qui me donnait une différence de 26 degrés. Or, un grand nombre de personnes, en éprouvant leurs forces manuelles, au moyen du dynamomètre, placent assez généralement leurs mains comme je viens de le dire ; elles doivent donc donner des indications très-fautives ; les femmes et les enfans surtout doivent avoir du désavantage en se servant du dynamomètre, car l'ouverture qu'ils sont forcés de donner à leurs mains ne leur permet plus de presser avec toute l'énergie dont ils seraient capables. Aussi, j'estime que les valeurs auxquelles je suis parvenu pour eux sont généralement trop faibles.

Observations sur la force manuelle, estimée au moyen du dynamomètre.

AGES.	FORCE DES HOMMES			FORCE DES FEMMES		
	avec les 2 mains.	avec la main droite.	avec la main gauche.	avec les 2 mains.	avec la main droite.	avec la main gauche.
	kil.	kil.	kil.			
6 ans.	10.3	4.0	2.0			
7	14.0	7.0	4.0			
8				11.8	3.6	2.8
9	20.0	8.5	5.0	15.5	4.7	4.0
10	26.0	9.8	8.4	16.2	5.6	4.8
11	29.2	10.7	9 2	19.5	8.2	6.7
12	33.6	13.9	11.7	23.0	10.1	7 0
13	39.8	16.6	15.0	26.7	11.0	8 1
14	47.9	21.4	18.8	33.4	13.6	11.3
15	57.1	27.8	22.6	35.6	15.0	14.1
16	63.9	32.3	26.8	37.7	17.3	16.6
17	71.0	36.2	31.9	40.9	20.7	18.2
18	79.2	38.6	35.0	43.6	20.7	19.0
19	79.4	35.4	35.0	44.9	21.6	19.7
20	84.3	39.3	37.2	45.2	22.0	19.4
21	86.4	43.0	38 0	47.0	23.5	20.5
25	88.7	44.1	40.0	50.0	24.5	21.6
30	89.0	44.7	41.3			
40	87.0	41.2	38.3			
50	74.0	36.4	83.0	47.0	23.2	20.0
60	56.0	30.3	26.0			

On peut déduire de ce tableau que la force manuelle des hommes, aux différens âges, est plus grande que celle des

femmes. La différence est généralement moindre dans les premiers âges que pour les individus développés : ainsi, avant l'âge de puberté, le rapport est de 3 à 2 ; et il devient ensuite de 9 à 5. On voit aussi que les deux mains, en agissant ensemble, produisent un effet plus grand que la somme des efforts qu'elles produisent en agissant séparément. Ceci est dû en partie au poids de l'instrument, qui est porté deux fois et d'une manière incommode quand les mains opèrent successivement.

Enfin, la main la plus forte est celle dont on se sert habituellement ; et, en ne considérant que les masses, l'action de la main droite surpasse celle de la main gauche d'un sixième environ.

Si l'on compare maintenant la force de pression que j'ai observée à celle qui a été indiquée par MM. Regnier, Rançonnet et Péron, on trouvera des discordances extrêmement sensibles, et que je ne puis attribuer qu'à la manière dont les mains était placées sur l'instrument, et à l'écart qu'elles laissaient entre elles. J'ai vérifié l'instrument de différentes manières, et je crois pouvoir assurer que les indications sont précises surtout pour les degrés de la force moyenne de l'homme. Les valeurs dont je dois me défier le plus sont celles que j'ai obtenues pour les enfans et les femmes ; elles me semblent inférieures à ce qu'elles devraient être, pour les raisons que j'ai exposées plus haut.

D'après les recherches de MM. Regnier et Rançonnet, la force moyenne de l'homme ne serait que de 46 k. 3 et 50 kilogrammes, c'est-à-dire qu'elle ne vaudrait pas celle de son poids ; d'où il résulterait qu'un homme ne serait pas capable de se porter par le seul effet de la pression qu'il peut exercer avec les mains. Or, l'expérience est évidemment contraire à un pareil résultat. Parmi les matelots soumis aux expériences, il ne s'en trouvait probablement pas un seul qui ne pût se tenir suspendu, au moins pendant quelques instans, à l'extrémité d'une corde fixement attachée par l'autre extrémité. D'après Péron, la force manuelle serait de 69 kilog. 2 ; cette valeur se rapprocherait davantage de la réritable ; celle que j'ai trouvée pour l'homme développé est de 89 kilog. et surpasse de 19 kilog. environ le poids d'un homme habillé ; de sorte que l'homme pourrait se tenir suspendu à l'extrémité d'une corde en portant même un poids assez lourd. Du reste, la grosseur de la corde ou la forme de l'objet auquel il s'attache par la pression doit nécessairement influer sur le résultat de l'expérience.

On voit encore, d'après les valeurs que j'ai obtenues, que c'est vers l'âge de 9 à 10 ans que l'homme commence à acquérir assez de force dans les mains pour pouvoir se tenir suspendu pendant quelque temps. La femme, à aucun âge, ne paraît capable d'exercer une pression équivalente à celle de son poids ; cependant beaucoup de femmes, par des exercices et des travaux, parviennent à dépasser cette limite. Ainsi, l'on voit de jeunes filles, par des exercices gymnastiques, parvenir à s'élever, au moyen de cordes, à des hauteurs plus ou moins grandes. Il paraîtrait donc, quoique mes valeurs soient bien supérieures à celles des observateurs déjà cités, qu'elles seraient plutôt au-dessous de la réalité, du moins pour les enfans et les femmes.

Quand on essaie plusieurs fois de suite la force des mains, il arrive, comme pour la force des reins, que les efforts subséquens, toutes choses égales, ne sont jamais aussi énergiques que le premier. Ainsi, les degrés de force diminueront successivement et tendront vers une limite. Le second effort est généralement plus faible de 4 à 5 degrés que le premier : les différences ensuite sont bien moins sensibles.

En essayant ma force à différens instans du jour, je n'ai pas observé de différences bien grandes. Le *maximum* d'efforts que je suis parvenu à produire a été observé au sortir d'une leçon publique, et dans un moment où je me trouvais légèrement indisposé par un accès de fièvre. Je parvins à faire avancer l'aiguille à 10 degrés environ au-delà du point qu'elle atteignait habituellement. Il arrivait, en général, que la force était plus grande après le dîner qu'avant ; il paraît qu'elle varie selon les différens instans du jour et surtout selon les heures des repas. Mes expériences n'ont pas été assez nombreuses pour que je puisse donner à cet égard des résultats numériques qui aient une précision suffisante.

§ II *Considérations sur la théorie de la population.*

Le paragraphe précédent est extrait d'un ouvrage sur le développement des facultés de l'homme. Cet ouvrage, qui paraîtra bientôt et dont je vais tâcher de donner ici une idée succincte sous le rapport de la théorie de la population, est divisé en plusieurs livres.

Dans le premier, j'examine les naissances et les décès, ainsi que la reproduction et la probabilité de la durée de la vie de l'homme, en recherchant les causes qui influent sur les élémens et leur degré d'énergie.

Dans le second livre, je m'occupe des lois de développement des qualités physiques, telles que la taille, le poids, la force, etc., et j'essaie aussi de déterminer leurs degrés d'intensité pour les différens âges.

Le troisième livre renferme des recherches analogues sur les lois de développement des qualités morales et intellectuelles, sujet neuf, difficile et qu'on ne semble pas devoir aborder sans témérité. J'ose néanmoins attendre de la bienveillance des savans qu'ils voudront bien ne point préjuger défavorablement. Une partie de mes recherches, celles sur le penchant au crime, a paru depuis plusieurs années, et peut-être les résultats qui s'y trouvent, en se vérifiant chaque année, contribueront à éloigner de moi le reproche d'avoir porté trop loin les prétentions mathématiques. J'ai dit depuis cinq ans et je n'ai cessé de répéter : « Il est un budget qu'on paie avec une régularité effrayante, c'est celui « des prisons, des bagnes et des échafauds. » Et chaque année, l'expérience est venue confirmer mon assertion à tel point, que la table que j'ai donnée pour les degrés du penchant au crime aux différens âges s'est vérifiée avec autant de régularité peut-être que celle de la mortalité. Une pareille concordance est effrayante, sans doute au premier abord, mais si on l'examine de plus près on en jugera autrement. S'il n'existait pas de liaison intime entre les effets et les causes, si tout se faisait au hasard, c'est alors que nous aurions lieu désespérer d'améliorer la société ; mais si de son organisation actuelle dépendent le nombre et la nature des crimes qui vont être commis, nous avons dès-lors l'espoir qu'en étudiant cette organisation et en en modifiant les causes, nous pourrions améliorer les effets.

Dans la dernière partie de mon ouvrage, je m'occupe de la considération de l'homme *moyen*, qui est le type de notre espèce, et qui, dans le système social, peut-être considéré comme l'analogue du centre de gravité dans les corps. C'est à sa considération que se ramène l'étude de toutes les grandes questions du système social. L'homme moyen possède aussi ses propriétés particulières, que je m'attache à démontrer, de même que les applications qu'on peut en faire aux sciences, à la philosophie et à la politique.

Le cadre que je me suis tracé est trop immense pour qu'on ne sente pas d'abord les lacunes que j'ai dû y laisser. Mon principal but était de présenter une espèce d'inventaire des élémens numériques que nous possédons sur la connaissance de l'homme, et d'essayer de réunir dans une esquisse de *physique sociale* les lois qui lient ces élémens entre eux.

Après cet exposé sommaire de mon travail, je vais faire connaître mes idées sur la théorie mathématique de la population, qui dépendent, selon moi, des deux principes suivans, dont le premier est admis en général par les économistes :

La population tend à croître selon une progression géométrique.

La résistance ou la somme des obstacles à son développement est, toutes choses égales d'ailleurs, comme le carré de la vitesse avec laquelle la population tend à croître.

Ainsi, les obstacles à la vitesse d'accroissement d'une population agissent réellement comme la résistance qu'opposent les milieux au mouvement des corps qui les traversent. Quand les obstacles demeurent les mêmes, en d'autres termes, quand l'état social ne change pas, l'analyse prouve qu'une population doit devenir stationnaire d'une manière insensible et sans ces violentes secousses que la plupart des économistes semblent craindre. La limite qu'elle ne peut dépasser est variable et se trouve réglée par la quantité des subsistances. Jamais les populations ne peuvent se développer avec une rapidité assez grande pour venir se heurter et se froisser contre cette limite.

Quand le système social subit des changemens, le mode d'action des obstacles ne varie pas, mais bien leur intensité; de sorte que le développement de la population peut se modifier d'une infinité de manières. Et si l'on possédait des dénombremens exacts pour différentes époques, l'analyse ferait connaître l'intensité des causes qui ont pu hâter ou comprimer le développement de la population, et les circonstances dans lesquelles elles ont pris naissance.

J'ai pris soin de comparer les résultats de la théorie à ceux de l'expérience, et particulièrement pour les Etats-Unis et pour l'Angleterre. J'ai également insisté sur l'erreur que font assez généralement les économistes qui prennent pour mesure de la prospérité d'un peuple l'allongement de la vie moyenne déduite de l'âge des décédés, lequel peut augmenter pendant que la société fait des pertes réelles, *et vice versâ*. Je propose comme mesure préférable, surtout dans les calculs d'économie politique, d'avoir égard aux années utiles, ou mieux de déterminer combien, parmi les habitans dont se compose un peuple, il en est en état de travailler pour la masse. Ces calculs conduisent à des résultats qu'on était loin d'attendre. Ainsi, en Angleterre, ce pays que l'on regarde comme si favorisé sous le rapport de la population, pour deux enfans on ne compte que trois individus ayant plus de quinze ans, et, aux Etats-Unis, moins encore; tandis qu'en France, en Suède et en Belgique, on en compte quatre au moins. Cette disproportion tient surtout à l'accroissement rapide de population qu'ont pris l'Angleterre et les Etats-Unis dans ces derniers temps. La plupart des enfans provenant de ce grand développement de fécondité sont encore peu avancés dans la carrière de la vie, et il doit en résulter un nombre proportionnel moins grand d'adultes.

Mémoire sur la chorée épidémique du moyen age; par le docteur J. F. C. Hecker, Professeur à l'Université de Berlin, etc.

(*Traduit de l'allemand* par M. Ferdinand Dubois *de Berlin.*)

I. Chorée épidémique en Allemagne et dans les Pays-Bas.

1° *Danse de Saint-Jean.*

Les tristes résultats de la peste noire se faisaient encore sentir; les tombeaux des millions de victimes qu'elle avait faite, étaient à peine fermés que, tout-à-coup, en Allemagne, un singulier délire s'empara des esprits, et entraîna les hommes dans un cercle magique d'infernale superstition. C'était un transport, une extase, qui saisissant tout le corps, produisit, pendant plus de deux siècles, l'effroi des peuples et qui, depuis lors, n'a plus reparu. On nommait ce fléau *la danse de Saint-Jean* ou de *Saint-Guy*. Les malades, faisaient des sauts semblables à ceux des bacchantes, se démenaient, hurlaient, écumaient, présentaient, en un mot, l'aspect de maniaques Cette épidémie ne se borna pas à quelques localités, mais à la faveur de l'esprit du temps et de l'aspect des souffrans qui concouraient ainsi à la propager, elle se répandit dans toute l'Allemagne, et dans les pays qui la bornent au nord-ouest.

Déjà, en 1374, on avait vu, à Aix-la-Chapelle, arriver de l'Allemagne des troupes d'hommes et de femmes, qui, réunis par un délire commun, offraient au peuple, dans les rues et dans les églises, cet étrange spectacle. Se tenant par la main, et emportés par leurs sens, dont ils n'étaient plus maîtres, ils dansaient des heures entières, et prolongeaient ce spectacle, sans être intimidés par les assistans, jusqu'à ce qu'épuisés, ils tombassent à terre. Puis ils se plaignaient d'une grande angoisse, et gémissaient comme s'ils eussent senti l'approche de la mort, jusqu'à ce qu'on leur eût serré le ventre avec des linges; après quoi ils revenaient à eux-mêmes et se trouvaient momentanément délivrés de leur mal. C'était dans le but d'agir contre la tympanite qui se déclarait après leur accès, que l'on avait recours à cette manœuvre; souvent on s'y prenait plus simplement encore,

en leur donnant des coups de poings et de pieds dans le bas-ventre. Pendant leur danse, ils avaient des apparitions, ils ne voyaient ni n'entendaient, et leur imagination leur faisait voir des esprits dont ils prononçaient ou plutôt hurlaient les noms. Plus tard on en vit parmi eux assurer qu'ils s'étaient crus plongés dans un ruisseau de sang, et que c'était pour cela qu'ils sautaient si haut. D'autres voyaient dans leur extase le ciel ouvert, la Vierge et le Sauveur sur son trône, selon les nuances variées que la croyance du temps imprimait à leur imagination fantastique.

Dans les cas où la maladie était complètement développée, les accès commençaient par des convulsions épileptiques. Les malades tombaient à terre, haletans et sans connaissance, l'écume leur sortait de la bouche, puis ils se levaient en sursaut, et commençaient leur danse accompagnée de hideuses contorsions.

Il ne fallut que quelques mois pour propager ce fléau d'Aix-la-Chapelle, où il se montra en juillet, jusque dans les Pays-Bas. A Liége, Utrecht, Tongres et beaucoup d'autres villes de la Belgique, ces danseurs frénétiques parurent avec des couronnes sur la tête, et le ventre entouré de linges, afin de pouvoir trouver sans délais du soulagement, dès que la tympanite succédait à la frénésie. On leur serrait facilement le ventre en tordant le linge, au moyen d'un bâton qu'on y passait; cependant un grand nombre préféraient les coups de poings et les coups de pieds, et pour cette opération il ne manquait pas de gens de bonne volonté, car dans les lieux où se passaient de pareilles scènes, le peuple se rassemblait en foule pour repaître ses regards avides de cet affreux spectacle.

Dans les villes et villages, ces convulsionnaires s'emparaient des temples. Partout, à cause d'eux, on ordonna des processions, on dit des messes, on entonna des chants religieux. Partout cette maladie, dont personne ne révoquait en doute l'origine diabolique, répandit l'étonnement et l'effroi. A Liége, les prêtres eurent recours aux exorcismes, et cherchèrent de toutes leurs forces à réprimer un mal qui menaçait de leur devenir funeste. Souvent, en effet, les maniaques réunis en troupes vomissaient des imprécations contre eux et voulaient les mettre à mort. On se laissa même tellement intimider par eux, qu'il parut un édit défendant de porter d'autres souliers que ceux à pointes obtuses, parce que les maniaques avaient montré une aversion maladive pour les souliers pointus, dont la mode s'était répandue après la grande peste noire de l'an 1350. Les malades étaient encore bien plus irrités par l'aspect de la couleur rouge, dont l'influence sur les nerfs attaqués nous montre une analogie singulière entre ces maladies convulsives et l'état des animaux furieux, mais qui, chez ces frénétiques, était probablement aussi en rapport avec les images de leur extase. Il y en avait aussi qui ne pouvaient supporter l'aspect des personnes en pleurs. Les prêtres se persuadèrent toujours plus que les maniaques étaient une espèce de sectaires : aussi se hâtèrent-ils de recourir aux exorcismes, afin que le mal ne se répandit pas dans les hautes classes; car jusqu'alors les pauvres seuls en avaient été atteints, et le peu de gens riches et de moines que l'on voyait parmi eux, étaient ceux dont la légèreté n'avait pu résister à l'attrait de la nouveauté.

En effet, quelques maniaques avaient déclaré, sous l'influence des exorcismes ecclésiastiques, que si on laissait seulement quelques semaines de plus aux démons, ils passeraient dans le corps des grands et des princes, et par leur moyen anéantiraient le clergé. Des discours de cette espèce, que faisaient entendre les possédés dans un état qui tenait du sommeil magnétique, trouvèrent partout créance, et passèrent de bouche en bouche modifiés et augmentés d'une manière bizarre; c'est pour cela que les prêtres mettaient tant d'empressement à prévenir cette disposition dangereuse, comme si l'ordre public eût pu être sérieusement menacé par de pareilles absurdités. Leurs efforts eurent un heureux succès, car l'exorcisme était au XIVe siècle un puissant remède, ou plutôt l'exaltation frénétique s'éteignit d'elle-même, car 10 ou 12 mois plus tard les villes belges furent délivrées de ces malheureux danseurs. Cependant le mal avait de trop profondes racines pour céder à de si faibles attaques.

Un mois après s'être montrée à Aix, la chorée épidémique éclata à Cologne où le nombre des possédés s'accrut jusqu'à plus de 500; et en même temps, à Metz, où l'on rapporte que 1,100 danseurs remplissaient les rues. Les laboureurs quittaient leurs charrues, les artisans leurs ateliers, les mères de famille leurs foyers pour se joindre à ces bandes frénétiques, et cette ville industrieuse devint le théâtre des scènes les plus funestes. De secrètes passions furent excitées, et ne trouvèrent que trop promptement l'occasion de se satisfaire. Un grand nombre de mendians, plongés dans le vice et dans la misère, profitèrent de cette maladie pour persister dans leur vagabondage, des jeunes gens des deux sexes s'enfuyaient de chez leurs parens, et des domestiques de chez leurs maîtres, pour sucer avec avidité le venin de la contagion et se repaître du spectacle des danseurs. On vit plus d'une centaine de jeunes filles se démener comme des frénétiques dans des lieux saints ou profanes, et montrer bientôt quelle flamme avait été éteinte en elles. La plupart de ces jeunes filles guérissaient en peu de temps, quelques-unes déjà au bout de dix jours; d'autres cependant restèrent insatiables, et on les vit, dans leur état de grossesse, se serrer le ventre avec des linges, et venir de nouveau prendre part aux danses. Des troupes de vagabonds, parfaitement initiés aux gestes et aux convulsions des malades, en faisaient métier, et répandaient la contagion en parcourant le pays pour chercher des aventures; car, dans les maladies de ce genre, l'apparence agit aussi facilement que la réalité sur les personnes prédisposées. Enfin, on chassa ces hôtes fâcheux, contre lesquels échouaient également et les exorcismes des prêtres et les remèdes des médecins; néanmoins, dans les villes situées sur les bords du Rhin, la fourbe et le libertinage, qui avaient si fort augmenté le mal primitif, ne purent être maîtrisés qu'au bout de quatre mois. La contagion elle-même n'en continua pas moins à se répandre; elle trouva d'ailleurs un ample aliment dans l'esprit et les mœurs des XIVe et XVIe siècles. Quoique à un moindre degré, elle se répandit comme maladie permanente dans les XVIe et XVIIe siècles, et elle occasiona dans les villes où elle était encore inconnue, des scènes aussi singulières que déplorables.

2° *Danse de Saint-Guy.*

L'an 1418, Strasbourg fut visité par le *fléau de la danse* (tansplage). C'était encore chez le peuple la même frénésie qu'en Belgique et dans les provinces rhénanes. Un grand nombre de personnes maladives, saisies à l'aspect des maniaques, inspiraient d'abord de l'inquiétude par la bizarrerie de leur conduite, puis se joignaient, par un entraînement irrésistible, à la foule des danseurs. Ceux-ci parcouraient les rues jour et nuit accompagnés de gens qui jouaient de la cornemuse, et d'une foule innombrable de curieux parmi lesquels étaient un bon nombre de personnes affligées qui cherchaient à surveiller leurs parens. Ici aussi la tromperie et l'immoralité se mirent de la partie; cependant la maladie elle-même semble avoir prédominé; aussi la religion seule put-elle provisoirement porter quelques secours à ce fléau, et dans cette occasion le conseil de la ville se conduisit d'une manière humaine envers les malheureux. On les distribua en différentes troupes, et on leur préposa des surveillans responsables pour qu'il ne leur arrivât aucun mal, et sans doute aussi pour mettre un frein à leurs débordemens. On les mena ainsi, à pied et en voitures dans les chapelles de Saint-Guy, à Zabern et à Rotestein, où des prêtres les attendaient pour agir sur leurs sens égarés par la grand'messe et d'autres cérémonies religieuses. Après le service divin, on les conduisait en procession solennelle autour de l'autel, et on leur faisait faire offrande d'une petite partie des aumônes qu'ils avaient reçues. Un bon nombre d'entre eux peuvent bien avoir été guéris par la dévotion et par la sainteté de ces lieux. Il faut noter qu'à cette époque les accès de danse ne se réitérèrent pas auprès des autels de ce saint, dont la puissance miraculeuse était regardée comme le seul secours capable d'apporter un remède à une maladie contre laquelle la sagesse humaine avait échoué. La personne de saint Guy n'est pas ici sans importance. C'était un jeune Sicilien qui, au temps de la persécution des chrétiens, sous Dioclétien, en 303, fut martyr avec Modestus et Crescentia. Les légendes qui le concernent sont remplies d'obscurité; et il serait certainement resté inaperçu parmi les innombrables martyrs apocryphes des premiers siècles, si la translation de son corps à Saint-Denis, et de là à Corvey en 836, ne lui eût pas assigné un rang plus élevé. On conçoit que depuis cette époque une foule de miracles aient eu lieu sur son tombeau, puisque c'était un moyen d'affermir la domination papale en Allemagne : aussi saint Guy fut-il bientôt placé au nombre des 14 *saints libérateurs* ou *apotheker*. Ses autels se multiplièrent; le peuple s'approchait d'eux avec une pleine assurance, et il le révérait comme un puissant intercesseur. Mais comme l'adoration de cette espèce de saints était dénuée de tout fondement historique, les prêtres en ayant anéanti les documens, on forgea, au commencement du XVe, et peut-être déjà au XIVe siècle, la légende d'après laquelle saint Guy, avant de tendre le cou à l'exécuteur, aurait prié Dieu de préserver de la chorée tous ceux qui célébreraient l'anniversaire de sa mort, et qu'après cette prière on aurait entendu une voix du ciel disant : « Guy, tu es exaucé ». C'est ainsi que Saint-Guy devint le patron des possédés, tout comme saint Martin de Tours l'était des varioleux, saint Antoine des malades attaqués du feu de ce nom, tout comme enfin sainte Marguerite remplaçait, auprès des femmes en couches, la Junon, Lucine des anciens.

3° *Causes de ces maladies.*

Les rapports entre le nom de saint Jean-Baptiste et la chorée épidémique du XIVe siècle, sont d'une nature toute différente. Il n'était point originairement le patron de ces malades, et on ne le croyait pas revêtu du pouvoir de les délivrer d'un mal que l'on regardait comme une œuvre de satan. Il faut voir plutôt dans l'espèce de culte qu'on lui rendait une cause fondamentale et en même temps fort instructive du développement de cette maladie. Depuis les temps les plus anciens, peut-être même déjà dès le IVe siècle, on célébrait son anniversaire avec toutes sortes de pratiques bizarres et sauvages, dont la signification mystique primitive fut diversement défigurée chez les différens peuples par des restes de paganisme. Saint Boniface ayant défendu aux Allemands d'allumer, d'après leur ancienne coutume, le *nodfyr*, ceux-ci transférèrent cet usage au jour de la fête de saint Jean; de là cette ancienne croyance qui s'est encore conservée jusqu'à nos jours, et d'après laquelle les hommes et les animaux qui sautent à travers les flammes ou la fumée de ce feu, sont préservés, comme par une espèce de baptême de feu, des fièvres et des autres maladies pendant toute une année. Cette fête, qui tenait à-la-fois du paganisme et du christianisme, se terminait toujours par des danses bachiques, qui, chez tous les peuples grossiers, dépendent de causes semblables, et par des excès dus à l'exaltation de leur imagination. Ce ne furent pas seulement les Allemands qui, par les emportemens d'une rage fanatique, célébrèrent la fête de saint Jean-Baptiste : on peut trouver de semblables coutumes chez les peuples de l'Europe méridionale et de l'Asie, et il est plus que vraisemblable que les Mahométans ont tiré des Grecs une partie des mystères de Bacchus, mystères qu'ils célèbrent dans leur grand jour du *prédicateur de la vertu*, étrange absurdité qui ne se répète que trop souvent dans les affaires humaines! Quant à la question de savoir quelle influence pouvait avoir ici le souvenir de la mort de saint Jean-Baptiste, nous l'abandonnons à la décision de savans théologiens. Il nous reste encore à signaler le fait important, qu'en Abyssinie, pays entièrement séquestré de l'Europe, et dans lequel le christianisme s'est conservé, en opposition à l'islamisme, dans sa simplicité primitive, saint Jean-Baptiste est encore révéré de nos jours comme le patron des individus attaqués de la chorée. On ne peut déduire un développement historique continu de ces fragmens tirés du domaine du mysticisme et de la superstition; mais si nous remarquons que les premiers danseurs parurent en juillet à Aix-la-Chapelle avec le nom de saint Jean-Baptiste à la bouche, nous ne pouvons nous défendre d'admettre que c'est à la sauvage célébration du jour de Saint-Jean, qu'est due la contagion morale qui se répandit alors avec une si prodigieuse rapidité.

Cette conjecture est d'autant plus probable que, quelques mois auparavant, il y avait eu de grandes calamités dans les contrées du Rhin et du Mein. Déjà, au mois de février, ces

deux fleuves étaient sortis de leurs lits, les murs de Cologne du côté du Rhin s'étaient écroulés, et beaucoup d'endroits habités étaient tombés dans la plus profonde misère. Ajoutez à cela le triste état politique dans lequel se trouvaient l'ouest et le sud de l'Allemagne : ni lois, ni décisions suprêmes ne pouvaient mettre fin aux interminables démêlés des seigneurs; en Franconie surtout les temps du droit du plus fort semblaient avoir reparu. La propriété ne trouvait nulle part quelque sûreté, partout régnait la volonté arbitraire du plus fort, à peine la violence brutale rencontrait-elle quelque frein. Il ne faut donc pas s'étonner que les persécutions cruelles mais lucratives dirigées contre les juifs aient encore été réitérées en beaucoup d'endroits avec une férocité inouïe pendant tout ce siècle. Partout il y avait des opprimés et des malheureux, mais surtout dans les contrées du Rhin. Si nous considérons en outre que parmi la foule des maniaques, bon nombre d'entre eux avaient la conscience troublée par le souvenir des crimes qu'ils avaient commis pendant la peste noire, il nous sera facile de comprendre que ces malheureux pouvaient bien chercher à noyer leur désespoir dans l'ivresse d'une frénésie contagieuse. On peut donc admettre avec bien de la vraisemblance que la célébration grossière et sauvage du jour de Saint-Jean, en 1374, ne fut que le signal de l'explosion d'un mal déjà prêt à éclore depuis long-temps; si l'on voulait pénétrer plus avant et chercher comment un usage jusqu'alors innocent, et qui, comme tant d'autres, n'avait fait qu'entretenir la superstition, a pu subitement dégénérer en un fléau aussi terrible, on pourrait encore mettre au nombre des causes qui amenèrent cette calastrophe la tension extraordinaire des esprits et les suites de la misère générale. Ce fut précisément l'abdomen, affaibli chez un grand nombre par la faim et la mauvaise nourriture, qui fut chez la plupart le siége de maux douloureux, et la tympanite qui survenait après les accès, démontre au médecin observateur une racine du mal bien digne de remarque.

4° *Premiers vestiges de ces fléaux.*

La chorée épidémique de l'an 1374 n'était pas au reste un phénomène nouveau; elle était au contraire fort bien connue au moyen âge, et un grand nombre de légendes miraculeuses en avaient transmis la tradition parmi le peuple, de génération en génération. On rapporte qu'à Erfurt, en 1237, plus de cent enfans en furent subitement atteints, et allèrent jusqu'à Arnstadt en dansant et en sautant. Arrivés là, ils tombèrent à terre épuisés; et d'après une ancienne chronique, plusieurs moururent après avoir été ramenés chez eux par leurs parens, tandis que les autres conservèrent le reste de leur vie un tremblement habituel. On racontait aussi que deux cents possédés dansèrent à Utrecht, sur le pont de la Molesse, le 17 juin 1278, et qu'on ne put les faire cesser, que lorsqu'un prêtre, portant la communion à un malade, passa sur le pont. Alors, pour châtiment de leur crime, dit la chronique, le pont se rompit, et tous furent engloutis dans les flots. Un événement semblable s'était déjà passé en 1021, près de l'église du couvent de Kolbig, non loin de Bernbourg. D'après une légende souvent répétée, dix-huit paysans, dont les noms sont encore conservés en partie, troublèrent, pendant la nuit de Noël, le service divin dans cet endroit, en dansant et en poussant des cris dans le cimetière; le prêtre Ruprecht les maudit en les condamnant à danser et à crier sans relâche pendant toute une année. La légende ajoute, que cette malédiction s'accomplit tellement, qu'à la fin ces malheureux furent enfoncés dans la terre jusqu'aux genoux, sans avoir pris de nourriture pendant tout ce temps, et qu'enfin ils furent délivrés par l'intercession de deux pieux évêques. Après quoi ils tombèrent dans un profond sommeil qui dura trois jours, et quatre d'entre eux moururent; les autres conservèrent toute leur vie un tremblement dans les membres. Il est inutile de chercher à distinguer ce qu'il y a de vrai ou de faux dans cette histoire si étrangement défigurée; il nous suffit de savoir qu'on y ajoutait foi au moyen âge, et qu'on la racontait avec étonnement et avec effroi. Toutes les circonstances capables de produire la frénétique et sauvage manie de la danse, ne pouvaient manquer leur effet sur des hommes dont l'esprit se mouvait dans le domaine des miracles et dans le monde fantastique.

L'origine de la longue durée de cette singulière maladie mentale s'explique facilement par la disposition si caractérisée des esprits dans le moyen âge, disposition qui, heureusement pour l'humanité, a cédé aux progrès de la civilisation morale. L'esprit du peuple ne pouvait contempler sans effroi cette plaie hideuse que les ennemis mortels se souhaitaient l'un à l'autre, en proférant une phrase que l'on n'entend plus depuis long-temps: Que la danse de Saint-Guy te prenne!

L'indignation et la révolte du peuple contre les mœurs de ce siècle se manifestent clairement aussi par l'idée, que l'on avait alors, qu'un baptême administré par des prêtres licencieux était, non-seulement inefficace, mais même la cause de cet affreux malheur: comme si d'innocens enfans eussent eu à expier plus tard les profanations auxquelles les prêtres par leurs débauches, exposaient ce sacrement. Nous avons déjà vu quels dangers cette croyance superstitieuse avait fait courir aux prêtres des Pays-Bas. Ils cherchèrent, à la vérité, à hâter leur réconciliation avec le peuple irrité, à l'aide des exorcismes qui guérissaient visiblement des milliers de malades et augmentaient leur autorité; mais cependant en général la méfiance se maintint, et les saintes formules furent aussi insuffisantes pour arrêter les progrès du mal, que plus tard les prières et les services divins près des autels du saint martyr. On ne doit attribuer qu'au hasard et à une certaine aversion pour cette maladie, le peu de renseignemens que nous possédons sur la danse de Saint-Guy, dans la seconde moitié du quinzième siècle. La contagion n'avait pas diminué d'intensité; nous en trouvons la preuve dans les descriptions des écrivains du seizième siècle, et rien ne peut justifier la supposition qu'aucun des phénomènes essentiels de la maladie, pas même la tympanite, eût déjà alors disparu, et que la maladie se fût simplifiée dans ses symptômes. Pendant tout le quinzième siècle, les médecins ne paraissent point s'être occupés de la guérison des malades; d'après les opinions reçues, elle appartenait exclusivement aux serviteurs de l'Église. Ils ne possédaient point de remèdes contre des maladies diaboliques; et si dans le principe du mal, quelques-uns déclarèrent que la chorée dépendait de causes naturelles, telles qu'un tempérament ardent et d'autres causes auxquelles l'é-

cole d'alors donnait des noms particuliers, ces opinions ne furent pas même prises en considération.

5° *Conduite des médecins.*

Ce ne fut qu'au commencement du seizième siècle que l'on commença à soumettre la danse de Saint-Guy à des recherches médicales, et à la débarrasser de tout son appareil diabolique. Paracelse le premier, ce grand réformateur de la médecine, encore à peine compris aujourd'hui, arracha la chorée à l'empire des saints et du merveilleux, et voulut en développer les causes d'après les connaissances qu'il avait du corps humain. « Nous ne voulons pas accorder que les saints donnent des maladies, et que celles-ci doivent recevoir d'eux leurs noms, quoiqu'il y ait beaucoup de gens qui en font tout une théologie, et les attribuent plus à Dieu qu'à la nature, ce qui n'est qu'une idée absurde. Pour nous, nous n'aimons pas ce verbiage qui ne recèle rien de vrai, et n'est fondé que sur la superstition, erreur autant contre nature, qu'elle déplaît à Dieu. »

Telles étaient les paroles que Paracelse adressait à ses contemporains; mais ceux-ci n'étaient pas encore mûrs pour de pareilles leçons. En effet, partout régnait encore la croyance aux enchantemens; et le monde des esprits dominait tellement les masses, que des milliers d'hommes étaient regardés comme la proie du diable, et que des lois civiles et religieuses ordonnaient pour ces malheureux d'innombrables bûchers, dont les flammes devaient purifier la société.

Paracelse distinguait trois espèces de danse de Saint-Guy; la première avait sa source dans l'imagination (vitista, chorea imaginativa, æstimativa); elle fut, selon lui, la maladie primitive; la seconde espèce dépendait de desirs sensuels avec *enchaînement de la volonté* (chorea lasciva); enfin la troisième provenait de ce qu'il appelle *les causes corporelles* (chorea naturalis, coacta). Il se faisait une idée bizarre de ces causes corporelles; d'après lui, le sang excité par des esprits vitaux altérés, bouillonnait dans certaines veines susceptibles d'un chatouillement intérieur qui provoque le rire, et par cela même les malades étaient involontairement portés à se livrer à une joie enivrante, et à un entraînement irrésistible pour la danse. Cette opinion lui fut sans doute suggérée par l'observation assez ordinaire d'une espèce bénigne de danse de Saint-Guy, accompagnée d'un rire involontaire, et que l'on pourrait comparer au *rire convulsif* des temps modernes, si une sensation agréable et une folle passion pour la danse, se joignaient à celui-ci. Chez ces derniers on n'observait ni les hurlemens, ni les cris et les sauts de ceux qui étaient plus violemment atteints. Ils ne sentaient pas non plus ce penchant irrésistible pour la danse, et pouvaient exécuter volontairement pendant leurs accès, ce qu'on leur ordonnait de faire, quoique cependant ils ne fussent pas entièrement maîtres de leur raison. Quelques-uns d'entre eux ne dansaient même pas, mais se sentaient seulement entraînés à calmer, par un rire involontaire et une marche rapide soutenue jusqu'à la fatigue, l'angoisse qui précède ordinairement les accès de ces maladies nerveuses. Cette dernière maladie, ainsi dépouillée des caractères essentiels de la chorée primitive, a évidemment la plus grande analogie avec la danse de Saint-Guy, des temps modernes; ou plutôt ce sont deux affections identiques, si l'on en excepte le symptôme moins essentiel du rire involontaire. Nous voyons donc qu'au commencement du seizième siècle, la chorée épidémique avait notablement diminué d'intensité.

Paracelse, en parlant de la communication de la danse de Saint-Guy par sympathie, s'exprime d'une manière très-remarquable; et l'on voit qu'il avait profondément pénétré dans la nature des impressions matérielles qui (ce sont ses paroles) se réfléchissent sur le cœur, siège de la joie et des passions, luttent victorieusement contre la raison, et faisant succomber *la nature et les autres qualités*, poussent, d'abord volontairement, puis sous l'empire d'une imagination désordonnée, à l'imitation de ce qui *frappe* les regards. On ne peut rien dire de mieux de son traitement, si ce n'est qu'il était en rapport avec les idées de son siècle. Contre la première espèce, qui souvent provenait de passions exaltées jusqu'à la fureur, il employait un moyen propre à agir sur l'esprit, et dont on ne peut nier l'efficacité dans le siècle où vivait Paracelse. Le malade devait se façonner propre image en cire ou résine, puis, sans que personne s'en mêlât, l'accabler de toutes les malédictions imaginables, et la charger de tous ses péchés. Après quoi, si cette opération l'avait soulagé, il devait brûler l'image de manière à ce qu'il n'en restât rien. Il n'était plus question ici de Saint-Guy, ni de quelque autre patron libérateur, ce qui provient sans doute, en grande partie, de ce que la révolte contre l'Église romaine avait commencé, et que plusieurs rejetaient déjà l'adoration des saints comme une idolâtrie. Contre la seconde espèce, qui, selon Paracelse, provenait d'une excitation des sens, et attaquait infiniment plus de femmes que d'hommes, il recommandait un traitement sévère et une continence complète. Il faisait séquestrer chaque malade dans un lieu incommode, et l'y laissait abandonné à lui-même, jusqu'à ce que l'ennui et le désir d'être mis en liberté l'eussent ramené à la raison et à la repentance; il lui permettait alors de retourner peu-à-peu à ses occupations ordinaires. De rudes châtimens corporels étaient aussi employés par lui; mais il évitait avec soin d'exciter la colère des malades, parce que celle-ci pouvait causer la mort, ou tout au moins aggraver la maladie. Dans quelques cas aussi il apaisait l'irritation des nerfs par des immersions dans l'eau froide. Le traitement employé pour la troisième espèce ne mérite pas d'être décrit; il consistait dans l'emploi d'une foule des moyens mystiques de la *cinquième essence*; et une description complète de ce traitement supposerait la connaissance de principes spéciaux, dont le développement n'appartient pas au plan de notre ouvrage.

6° *Diminution et disparition de ces maladies.*

A cette époque la danse de Saint-Guy diminuait donc déjà sensiblement; les formes bénignes étaient les plus ordinaires, et même dans les cas violens, un bon nombre des symptômes essentiels avaient peu-à-peu disparu. Paracelse ne parle déjà plus de la tympanite, qui précédemment survenait après les accès, quoique peut-être elle se soit encore montrée chez quelques malades. Schenck de Graffenberg, médecin très-célèbre, qui vivait vers la fin du seizième siècle, parle déjà de cette maladie comme si elle n'eût existé que du temps

de ses ancêtres ; cependant ses descriptions se rapportent encore à ce siècle et à la fin du précédent. Des gens de tous les états et de tous les métiers furent attaqués de la danse de Saint-Guy, mais surtout ceux qui menaient une vie sédentaire, tels que les cordonniers et les tailleurs. De robustes laboureurs quittaient aussi leurs travaux champêtres comme si le mauvais esprit se fût emparé d'eux, et l'on vit ces malheureux se réunir de temps en temps dans les mêmes lieux et y danser, si les assistans ne les empêchaient pas, jusqu'à ce qu'ils tombassent épuisés. Leur furie et leur extase les privaient tellement de toute présence d'esprit, qu'un grand nombre d'entre eux se fracassaient la tête contre les murs des maisons, ou se précipitaient en aveugles dans des torrens où ils trouvaient la mort. Les assistans ne parvenaient à maîtriser leur frénésie qu'en les embarrassant de bancs et de chaises qui, en les forçant à faire des sauts plus violens, épuisaient plus promptement leurs forces. Ils tombaient alors sans connaissance par terre, et ne revenaient à eux que par degrés. Cependant plusieurs d'entre eux n'avaient pas encore étouffé l'angoisse intérieure qui les consumait; ils se relevaient au contraire avec de nouvelles forces et rentraient de nouveau parmi la foule des danseurs jusqu'à ce que leur extrême épuisement eût mis fin à leurs accès, et que les efforts excessifs et involontaires de leurs membres, eussent apaisé leur état violent d'excitation. Les accès étaient donc ici, ce qu'ils sont dans toutes les maladies nerveuses, des crises nécessaires d'un état morbide intérieur, qui ayant son siège dans l'esprit malade, se réfléchissait sur tous les organes locomoteurs; et dans les premiers temps de la contagion, sur les plexus de l'abdomen, où la maladie, profondément enracinée, se manifestait par un développement de gaz dans les intestins.

Chez un grand nombre de malades, la guérison produite par ces violens accès, était tellement radicale, qu'ils retournaient à leurs ateliers et à leur charrue comme si rien ne leur fût arrivé ; d'autres, au contraire, conservaient un affaiblissement tel que les toniques les plus puissans ne pouvaient les ramener à leur santé première. Les médecins étaient étonnés de voir des femmes être attaquées du mal presque au moment de leurs couches, sans aucune suite fâcheuse pour leur enfant, qu'elles garantissaient seulement en se serrant le ventre. De semblables cas n'étaient pas rares du temps de Schenck. La musique saisissait fortement les malades; elle excitait et augmentait leurs accès ; ce qui ne doit pas surprendre, puisque c'est le propre des maladies nerveuses d'être surtout affectées par les sensations que procure l'ouïe, qui de tous les sens est dans le rapport le plus intime avec l'esprit. Aussi les magistrats payaient-ils des musiciens pour faire passer plus vite leurs accès, et ordonnaient à de robustes danseurs de se mêler parmi la foule des maniaques, afin d'amener ceux-ci à ce degré extrême de fatigue dont on avait souvent remarqué les heureux résultats. Ils défendirent aussi les habits rouges, parce que les maniaques, à la vue de cette couleur, entraient dans une telle fureur qu'ils se précipitaient sur ceux qui les portaient, et qu'on ne pouvait sans beaucoup de peine s'opposer à ce qu'ils ne leur fissent du mal. Ils déchiraient souvent leurs vêtemens, ou se livraient à d'autres excès ; aussi, ceux qui en avaient les moyens, se faisaient accompagner par des surveillans qui les empêchaient de se faire du mal à eux-mêmes ou d'en faire aux autres. Cependant cette singulière maladie avait tellement diminué du temps de Schenck, que depuis longtemps les danseurs n'erraient plus de villes en villes, et que ce médecin parle aussi peu de la tympanite que Paracelse. La plupart des malades n'étaient saisis de leurs accès qu'une fois dans l'année ; et la cause qui les déterminait était tellement enracinée dans les mœurs de ce siècle, que si l'on eût pu détruire leur croyance aveugle à la puissance magique des saints, la maladie ne se serait pas développée. Pendant tout le mois de juin, avant la fête de saint Jean, ils sentaient une angoisse et une inquiétude insurmontables ; ils étaient tristes, craintifs, erraient sans cesse poussés par des douleurs vagues qui commençaient tout-à-coup dans différentes parties du corps, et attendaient impatiemment la veille du jour de saint Jean, persuadés que la danse autour des autels de ce saint ou de saint Guy (car dans le Brisgau on attendait des secours de tous les deux), les délivrerait de leurs tourmens. Leurs espérances se réalisaient en effet, car après avoir dansé et crié pendant trois heures, et satisfait ainsi à leur besoin irrésistible, ils étaient quittes pour tout le reste de l'année. Ces malades visitaient dans ce temps-là deux chapelles du Brisgau, celle de Saint-Guy, à Biessen, près Breisach ; et celle de Saint-Jean, près de Wasenveiler ; et il est probable que dans la partie sud-ouest de l'Allemagne, la maladie a duré jusqu'au XVIIe siècle. Cependant elle devint toutes les années plus rare ; et au commencement du XVIIe siècle, on ne la vit que çà et là sous des formes dégénérées. C'est ainsi que G. Horst vit, au printemps de l'année 1623, quelques femmes qui allaient annuellement en pélerinage à la chapelle de Saint-Guy, à Drefelhausen, près de Veissenstein, dans le district d'Ulm, pour y attendre leurs accès de danse, tout comme faisaient les malades en Brisgau, d'après le rapport de Schenck. Cependant trois heures ne suffisaient pas à celles-là; car, hors d'elles-mêmes et dans un état d'extase, elles dansaient jour et nuit jusqu'à ce qu'elles tombassent épuisées ; puis, revenant à elles-mêmes, elle se sentaient délivrées de leur pénible inquiétude, et de la pesanteur douloureuse qui les avaient tourmentées pendant les semaines qui précédaient le jour de saint Guy. Cette crise une fois passée, elles étaient parfaitement bien tout le reste de l'année ; aussi leur croyance à la puissance protectrice du saint était si grande, que l'une d'entre elles faisait ce pélerinage depuis 20 ans, et une autre depuis trente-trois. Ici encore, comme dans d'autres lieux, leurs accès étaient sans doute excités par la musique, qui plongeait les malades dans une sorte d'extase. Il est au reste prouvé, par un grand nombre de relations, que la musique a singulièrement contribué à prolonger l'existence de la danse de Saint-Guy ; que de plus, elle déterminait l'apparition des accès, en augmentait l'intensité, et peut-être aussi tendait ensuite à les affaiblir. Déjà, au XIVe siècle, les troupes de danseurs étaient accompagnées de musiciens qui excitaient leur ivresse; et il est probable que les airs trop animés et les sons perçans des flûtes et des trompettes augmentaient jusqu'à la furie l'extase, peut-être sans cela bénigne, de bien des malades. Dans les temps ultérieurs, le but principal qu'on se proposait en faisant de la musique, était aussi de rompre la racine du mal lui-même par la violence des accès. On conçoit

néanmoins que cette musique enivrante, qui préparait la foule grossière à une fête satanique, devait aussi contribuer à la propagation de la maladie. On se servait aussi d'une musique douce pour apaiser l'irritation des malades, et les historiens rapportent que les airs que l'on jouait dans ce but aux danseurs de Saint-Guy, passaient peu-à-peu d'une mesure précipitée à une mesure lente, et des tons aigus aux tons bas. Il ne nous est malheureusement parvenu aucun reste de cette musique, par suite des bouleversemens du XVIIe siècle, et parce que cette maladie, répandue uniquement dans le bas peuple, n'intéressait que peu les savans d'alors, qui d'ailleurs se servaient d'une autre langue que lui.

Comme nous l'avons vu, la danse de Saint-Guy avait beaucoup diminué au commencement de ce siècle, et les évènemens qui survinrent depuis furent encore bien propres à favoriser son entière disparition. En effet, la guerre de 30 ans, soutenue de part et d'autre avec exaspération et avec de fréquens changemens de fortune, ébranla l'Europe occidentale, et quoiqu'elle ait déversé sur l'Allemagne d'affreux malheurs, tant par sa longue durée que par ses suites; quoique ceux-ci fussent loin de favoriser les progrès de la civilisation, ils n'en furent pas moins un creuset purificateur dans lequel peu-à-peu l'esprit du peuple allemand se régénéra. C'est pourquoi la superstition ne reparut plus sous son ancienne forme, et le monde des esprits du moyen âge perdit pour toujours sa terrible puissance.

II. Chorée épidémique en Italie. Tarentisme.

Le choix d'un patron particulier procurait aux danseurs de Saint-Guy de grands avantages; car outre qu'on était disposé à les regarder comme des démoniaques, c'est-à-dire comme d'innocentes victimes de la puissance de Satan, le nom de leur patron les recommandait à la compassion générale, et toute disposition malveillante à leur égard s'arrêtait comme devant une barrière magique. Un autre genre de possédés n'eut pas le même bonheur, et fut souvent traité avec une cruauté inouïe, qu'excusait les idées du siècle, ou même que la religion prescrivait comme un devoir. En effet, sans parler des bûchers innombrables élevés pour les sorciers, qui pourtant n'étaient non plus que des hommes égarés, on vit souvent, en Prusse, les seigneurs faire brûler des malheureux qui, dans leur démence, s'imaginaient être des *loups-garoux;* singulière folie qui prit naissance en Grèce avant l'ère chrétienne, se répandit de plus en plus en Europe, et se transmit, comme un triste héritage de l'antiquité, non-seulement aux peuples de race romaine, mais aussi aux Allemands et aux Sarmates. La lycanthropie, c'est ainsi que l'on nommait cette folie, a maintenant disparu; mais elle n'en est pas moins un exemple remarquable des aberrations de l'esprit humain, et elle attend encore un historien aussi versé dans l'histoire du moyen âge que dans celle de l'antiquité. Nous la passerons maintenant sous silence pour nous occuper d'une maladie très-singulière, et qui offre la plus grande analogie avec la danse de Saint-Guy. Nous voulons parler du tarentisme, qui parut d'abord dans la Pouille, mais régna ensuite comme une grande épidémie, et pendant plusieurs siècles, dans les autres contrées de l'Italie. Cette maladie, tout comme la danse de Saint-Guy, la lycanthropie et la folie des sorciers, n'existe plus maintenant, au moins dans son état primitif.

1° *Premiers vestiges. Causes.*

La première mention de cette singulière maladie se trouve dans les écrits du savant Nicolas Perotti. Personne ne doutait qu'elle ne fût causée par la morsure de la tarentule, araignée fort commune dans la Pouille, et la crainte qu'inspirait cet insecte était si générale, que l'on croyait probablement bien souvent à une morsure qui n'existait pas, ou qu'on prenait la piqûre d'un autre insecte pour celle de la tarentule. Le nom *tarentule* est probablement le même que *tarrentola*, nom que l'on donnait, en Italie, au *sellio* des anciens Romains, lézard que l'on croyait vénimeux, et auquel la superstition faisait jouer un rôle si merveilleux, que chez le peuple il était le symbole de la ruse, et que, même les juristes, appelaient *stellionat* une tromperie artificieuse. Perotti assure positivement que les Romains appelaient cet animal *tarentula*, et comme ce savant confond lui-même d'une manière inexplicable les araignées et les lézards tellement qu'il regarde l'araignée de la Pouille comme le même animal que le lézard, il n'y a pas lieu de s'étonner que le peuple ignorant de la Pouille ait confondu l'araignée, si redoutable pour lui, avec le gecko des murailles, et qu'il ait transporté le nom de l'un à l'autre. On a fait dériver le mot *tarentule* de la ville de *Tarente*, ou de la rivière *Thara* dans la Pouille, sur les bords de laquelle on prétend que cet insecte se trouve le plus ordinairement, et où sa morsure serait plus venimeuse; mais cette étimologie ne paraît pas fondée.

Perotti rapporte qu'autrefois on n'avait jamais vu en Italie la tarentule, c'est-à-dire cette espèce d'araignée, tandis que de son temps elle était devenue très-commune dans la Pouille et dans d'autres contrées; mais comme naturaliste il ne mérite que peu de confiance; ce qu'il dit de la tarentule est dénué de preuves, puisque cette même araignée ne produit plus de nos jours les mêmes phénomènes. On ne peut pas non plus admettre que la tarentule se soit seulement montrée pour la première fois en Italie lors de l'apparition de la maladie attribuée à sa morsure, quand bien même il y aurait eu, dans la classe des insectes, de plus grandes révolutions encore que celles que l'on vit pendant la peste noire, au milieu du XIVe siècle; car la famille des araignées est peu ou point sujette aux influences cosmologiques, qui, dans certains temps, multiplient d'une manière étonnante les sauterelles et les autres insectes ailés, et qui les forcent à des émigrations.

La description que fait Perotti des accidens qu'il regarde comme les effets de la morsure de la tarentule, est parfaitement conforme à celle des auteurs plus modernes. Les malades tombaient ordinairement dans la mélancolie et perdaient pour ainsi dire l'usage de leur raison, comme s'ils eussent été assoupis par l'ivresse. Chez un grand nombre il y avait une exaltation pour la musique, telle qu'à peine les premiers sons d'une mélodie qui leur plaisait s'étaient-ils faits entendre, ils se levaient en bondissant, poussaient des cris de joie, et dansaient sans interruption jusqu'à ce qu'ils tombas-

sent épuisés et à demi morts. Chez d'autres, la maladie ne prenait pas une tournure aussi gaie ; il pleuraient continuellement comme tourmentés par de cuisans chagrins, et passaient ainsi leur vie dans un état déplorable. Quelques-uns, tourmentés d'une ivresse amoureuse due à leur état maladif, jetaient sur les femmes des regards lascifs. D'autres enfin, à ce que l'on rapporte, mouraient dans des accès de rire ou de désespoir.

Quelque imparfaite que soit cette description, il est facile de voir que le tarentisme, dont elle renferme les principaux phénomènes, ne peut avoir commencé seulement vers la moitié du xve siècle, comme les rapports de Perotti sembleraient le faire croire. En effet, ce savant en parle comme d'une maladie bien connue, et le silence des auteurs qui l'ont précédé doit être attribué au peu de civilisation de la Pouille, car dans le principe cette maladie resta probablement bornée à ce pays-là. Une maladie nerveuse parvenue à ce haut degré de développement durait sans doute déjà depuis long-temps, et avait été préparée de longue main par des influences générales.

Les accidens causés par la morsure des animaux venimeux étaient fort bien connus des anciens, et avaient excité l'attention de leurs meilleurs observateurs, dont les descriptions s'accordent parfaitement entre elles. Il est probable qu'ils comptaient aussi la tarentule parmi les nombreuses espèces de leur *phalangium*. Cependant on ne peut guère l'affirmer positivement, ce qui d'ailleurs est d'autant moins important, qu'en Italie ce n'était pas la tarentule seule qui causait cette maladie nerveuse, puisqu'on l'attribuait également à la morsure du scorpion. Les effets rapportés par les auteurs, comme produits par la morsure des araignées venimeuses, sont les suivans, à la différence près des cas particuliers : pâleur du visage et de tout le corps, difficulté de parler, tremblement des membres, frisson, urines décolorées, tristesse, céphalalgie, larmoiement, dégoût, vomissemens, excitation des organes génitaux, tympanite, syncopes, dysurie, insomnie, torpeur, et même la mort. A ces phénomènes vient se joindre le fait singulier, transmis par les traditions de tout le moyen âge, que les matières fécales, les urines et les matières du vomissement contenaient un tissu semblable à des toiles d'araignée. Mais ces auteurs ne font nulle part mention de la danse ; ils ne disent point qu'un entraînement irrésistible y ait porté les malades, ni qu'ils aient été guéris par elle. Constantin l'Africain, le médecin le plus savant de l'école de Salerne, et qui vivait cinq siècles après Ætius, n'aurait pas passé sous silence un point aussi intéressant ; il ignorait cette circonstance remarquable de la maladie, et ne faisait d'ailleurs que rapporter les faits énoncés par ses prédécesseurs grecs. Ce n'est que dans les ouvrages de Goriopontus, médecin de l'école de Salerne, et qui vécut au xie siècle, que nous trouvons la description d'une espèce de folie, dont l'analogie avec le tarentisme ressort des phénomènes suivans. Pendant les accès, qui les prenaient subitement, les malades se démenaient comme des furieux, ils faisaient des sauts accompagnés de gestes sauvages, ils se blessaient eux-mêmes et ceux qui les entouraient, de sorte qu'on était obligé de les surveiller de près. Ils croyaient entendre des voix et des sons de différentes espèces, et lorsque, au milieu de cette illusion des sens, les sons de quelque instrument qu'ils aimaient venaient à se faire entendre, ils commençaient une danse convulsive, ou se mettaient à courir jusqu'à l'épuisement de leurs forces. Ces dangereux maniaques n'étaient pas, à ce qu'il paraît, en petit nombre, et on les regardait comme faisant partie des légions de satan. Le rapport obscur de l'auteur de Salerne ne fournit aucun autre renseignement sur les causes de cette maladie ; nous y trouvons seulement émise l'opinion assez singulière qu'elle pourrait bien être quelquefois causée par la morsure d'un chien enragé. Il la nomme *anteneasmus*, et veut sans doute désigner par là le *enthousiasmus* des médecins grecs. Nous avons signalé ces phénomènes comme d'importans précurseurs du tarentisme, dans le dessein de prouver encore plus clairement qu'il faut chercher le principe du développement de cette maladie dans l'enchaînement des circonstances qui dominèrent depuis le xiie siècle jusqu'à la fin du xive ; car il est plus que vraisemblable qu'il faut placer l'origine du tarentisme entre le milieu et la fin de ce dernier, et admettre ainsi qu'il exista à la même époque que la danse de Saint-Guy (1374). Presque tous les pays de l'Europe, et l'Italie peut-être encore plus que les autres, furent au moyen âge visités par d'horribles épidémies qui se succédèrent avec tant de rapidité qu'à peine les peuples pouvaient se remettre de ces terribles secousses. A seize reprises différentes, depuis 1119 jusqu'à 1340, la peste d'Orient dépeupla l'Italie et la rougeole et la variole étaient encore plus meurtrières que dans les temps modernes, et reparaissaient aussi souvent ; le feu Saint-Antoine était l'effroi des villes et des campagnes, et l'affreuse lèpre, favorisée, par les croisades, répandait au loin son lent et terrible poison, et arrachait aux foyers domestiques d'innombrables victimes. En effet, ces malheureux, rejetés du sein de la société, languissaient dans des cabanes, où ils étaient abandonnés à leur désespoir. A tous ces fléaux, dont les peuples modernes ont à peine conservé le souvenir, se joignit encore la peste noire, qui répandit sur toute l'Italie une profonde misère. Partout, les esprits étaient dans une tension maladive ; et l'on conçoit que ce fut surtout chez ce peuple, naturellement si mobile et si facilement impressionable par les terreurs de la mort, que l'anxiété dut produire sur les sens cette violente irritabilité, par suite de laquelle les évènemens de peu d'importance deviennent des sujets d'épouvante, et les faibles émotions de l'esprit à peine remarqués par des hommes en santé, donnent lieu à de violentes crises. La morsure d'une araignée venimeuse, ou plutôt la crainte des suites de cette morsure, causa alors ce qu'elle n'aurait pu faire auparavant, une maladie nerveuse très-intense, qui, de même que la danse de Saint-Guy, en Allemagne, se communiqua par sympathie et gagna toujours plus en violence et en étendue. C'est ainsi que vers la fin du xive siècle, les furies de la danse s'emparèrent des populations déjà terrifiées, et que la musique put exciter les accès extatiques des malades, et devenir ensuite, à son tour, l'exorcisme magique de leur mélancolie. Peut-être pourrions-nous rapporter à cette époque le développement du talent musical si remarquable qui distingue l'Italien.

2° *Accroissement.*

A la fin du xve siècle nous trouvons le tarentisme répandu

au-delà des limites de la Poulille, et la terreur qu'inspirait la morsure de l'araignée considérablement augmentée. Dans l'opinion générale, les personnes mordues étaient vouées à une mort certaine, et si quelques-unes y avaient échappé, elles avaient, disait-on, conservé le reste de leur vie une lésion de l'esprit et un état de débilité incurables. Les uns éprouvaient une altération sensible de leurs facultés visuelle et auditive; d'autres perdaient l'usage de la parole, et tous restaient insensibles aux moyens d'excitation ordinaires. La flûte et la guitare pouvaient leur procurer du soulagement; alors, comme réveillés peu-à-peu d'un sommeil magique, ils ouvraient les yeux, se mouvaient d'abord lentement et en mesure, puis, celle-ci devenant plus rapide, ils étaient entraînés à une danse passionnée. On s'étonnait généralement que des gens de la campagne, sans éducation, sans connaissance aucune de la musique, montrassent dans ces danses une habileté extraordinaire, comme si depuis long-temps on les eût exercé aux mouvemens les plus gracieux; mais c'est le propre de ces maladies nerveuses que les organes du mouvement, soustraits à leur mode d'action ordinaire, ne soient plus soumis qu'à l'exaltation de l'esprit. Pendant l'été, les villes et les villages retentissaient du son des flûtes, des clarinettes et des timbales turques; partout on voyait des malades qui attendaient de la danse leur guérison. Alexandre ab Alexandro rapporte qu'il vit dans un village écarté un jeune homme fortement atteint du tarentisme. Il écoutait avidement et le regard fixe les sons de la timbale, il se mouvait avec grâce en accélérant toujours ses mouvemens, jusqu'à ce qu'enfin, par de puissans efforts, sa danse devint une suite de sauts extraordinaires. Si la musique venait à cesser pendant cette exaltation de l'esprit et du corps, il tombait sans connaissance, et restait étendu par terre sans mouvement, jusqu'à ce que de nouveau elle vint l'exciter à la danse. On avait dans ce temps-là la ferme conviction que l'effet de la musique et de la danse était de répartir dans tout le corps le venin de la tarentule et de l'expulser par la peau, et que s'il en restait dans les veines la plus petite trace, il devenait un germe permanent de maladie, tellement que la musique pouvait toujours produire de nouveaux accès. Cette croyance ne laissa pas que d'avoir les suites les plus fâcheuses, et il en est de même de la folie des maniaques, qui, débarrassés par des procédés artificiels des causes imaginaires de leur maladie, ne restent que peu de temps délivrés de leurs idées fixes. Elle inspirait peu-à-peu aux malades la conviction de leur incurabilité; ils finissaient par ne plus attendre de la musique que du soulagement, et quand les chaleurs de l'été réveillaient en eux le souvenir des danses de l'année précédente, ils devenaient mélancoliques et misanthropes, tout comme leurs contemporains, les danseurs de Saint-Guy, la veille de la fête de leur patron, jusqu'à ce que leur mélancolie se dissipât par la musique et la danse, qui devenait ainsi pour eux une source de jouissance et de volupté.

Il est tout naturel qu'au milieu de circonstances aussi favorables à son développement, le tarentisme ait fait d'année en année des progrès toujours plus rapides. Le nombre des malades s'accrut d'une manière incroyable, et tous ceux qui avaient été mordus par l'araignée venimeuse, ou par le scorpion, ou qui seulement croyaient l'avoir été, reparaissaient dans les lieux où se faisaient entendre les joyeux accords de la tarentella. Des femmes curieuses se mêlaient à la foule, et contractaient ainsi la maladie, non par l'effet du venin de l'araignée, mais bien par celui du poison moral qu'elles s'inoculaient par leur avidité à voir les danseurs: aussi peu-à-peu l'époque de la guérison des *tarantati* devint une véritable fête que l'on attendait avec impatience. Il est facile de comprendre que les accidens de la maladie aient pu accroître toujours davantage, et sans qu'on puisse plutôt attribuer la cause de cet accroissement à la tromperie qu'à la nature particulière de cette contagion morale. Le célèbre Matthioli, qui mérite toute confiance, en parle comme témoin oculaire. Il vit, aussi bien qu'Alexandro, les effets merveilleux de la musique; et quoique souvent les malades se trouvassent sur leurs lits, accablés de douleurs et désespérant de leur guérison, ils se levaient comme des inspirés dès qu'ils entendaient les premiers sons des mélodies qui faisaient impression sur eux. Les *tarantelles* seules avaient cette bienheureuse influence; dès qu'ils les entendaient, ils oubliaient leurs maux et dansaient en cadence et sans se fatiguer pendant des heures entières, jusqu'à ce qu'ils fussent couverts d'une sueur bienfaisante, et sentissent une lassitude qui les délivrait pour quelque temps, ou même pour toute une année de leur mélancolie et de leurs maux. L'expérience qu'avait faite Alexandro du danger d'interrompre la musique, se confirma généralement. Dès que les clarinettes et les timbales cessaient de se faire entendre, ce qui devait arriver souvent, puisque les danseurs fatiguaient les plus robustes musiciens, les malades s'arrêtaient tout-à-coup, et tombaient à terre dans un nouvel accès de mélancolie et d'épuisement, dont il n'y avait moyen de les tirer qu'en leur faisant recommencer la danse: aussi faisait-on en sorte que la musique durât jusqu'à ce que les danseurs fussent fatigués, et l'on préférait payer quelques musiciens de plus pour relever les autres, plutôt que de laisser retomber dans leur triste état les malades que soulageaient ces danses bienfaisantes. Matthioli dépeint les accidens causés par la morsure de la tarentule comme étant d'une nature très-diverse. Quelques malades étaient pris d'accès de joie, ils restaient long-temps éveillés, ils riaient, chantaient, dansaient, et présentaient une exaltation remarquable de la sensibilité; d'autres, au contraire, tombaient dans un état de torpeur. La plupart étaient fatigués par des nausées et des vomissemens; d'autres avaient un tremblement continuel; on en vit même assez souvent tomber dans des accès de fureur. A tout cela se joignaient la mélancolie ordinaire à cette maladie, et d'autres symptômes dependant de ceux que nous venons de décrire.

3 *Idiosyncrasies. Musique.*

Un état d'incitation inexplicable, des désirs singuliers, une irritation maladive des sens se retrouvent encore ici comme dans la danse de Saint-Guy, et les maladies nerveuses analogues. On vit encore au XVIe siècle les malades se saisir avec empressement des armes brillantes, et dans leurs accès les brandir d'une manière farouche, comme s'ils eussent voulu exécuter des gestes guerriers. On vit même des femmes se livrer avec passion à ces exercices; et ce phéno-

mène, comme en général l'influence de l'éclat des métaux sur les sens des malades fut très-souvent observé jusqu'à la disparition de la maladie dans les temps plus modernes.

L'aversion des malades pour certaines couleurs, et leur passion pour d'autres se montra d'une manière beaucoup plus frappante chez les peuples mobiles et sensibles de l'Italie que dans la danse de Saint-Guy chez les Allemands, naturellement plus apathiques. Presque tous étaient passionnés pour la couleur rouge, que les danseurs de Saint-Guy ne pouvaient souffrir, et il était rare de voir un malade qui n'eût pas à la main un mouchoir rouge, ou qui ne prît plaisir à contempler l'habillement rouge de quelqu'un des assistans. D'autres cependant préféraient la couleur jaune, et d'autres la couleur noire, ce que, dans les idées du temps, on cherchait à expliquer par la différence des tempéramens. Quelques-uns enfin étaient transportés pour la couleur verte, et les témoins oculaires décrivent cette passion pour les couleurs comme si extraordinaire, qu'ils ne trouvent pas de termes pour exprimer leur étonnement. Dès que les malades apercevaient leur couleur favorite, ils se précipitaient, par le charme de cette impression nouvelle, comme des animaux furieux, sur l'objet coloré, le dévoraient de leurs regards avides, le couvraient de baisers, et le caressaient de toutes les manières imaginables; et bientôt passant à des sentimens plus tendres encore, ils prenaient l'expression langoureuse d'un amant, et embrassaient, les larmes aux yeux et avec le feu le plus ardent, le drap qu'on leur offrait, comme s'ils eussent voulu s'épuiser entièrement dans cette ivresse et cet égarement de leurs sens.

Les accès d'un capucin ayant fait bruit à Tarente, le cardinal Cajetan se transporta dans son couvent, pour voir par lui-même ce qu'on annonçait. Aussitôt que le moine, au milieu de la danse, eut aperçu le prince ecclésiastique en habit rouge, il ne donna plus son attention à la tarentella des musiciens, mais chercha, avec des gestes singuliers, à s'approcher du cardinal, comme s'il eût voulu compter les fils de sa robe, et s'enivrer de son haleine. Les assistans, ainsi que le respect que lui inspirait le cardinal, l'empêchèrent seuls de le toucher, et ce malheureux n'ayant pu ainsi satisfaire son penchant instinctif, fut pris d'une telle anxiété qu'il tomba sans connaissance, et ne revint à lui que quand le cardinal, touché de compassion, lui eut tendu son collet rouge. Il le saisit alors avec un ravissement extrême, le pressa tantôt contre son sein, tantôt contre son front et ses joues, et recommença sa danse comme transporté par une folie amoureuse.

A la vue des couleurs qui leur étaient odieuses, les malades entraient dans une fureur inexprimable, et, de même que les danseurs de Saint-Guy à l'aspect de la couleur rouge, on avait peine à les empêcher de déchirer les vêtemens qui leur causaient des sensations aussi désagréables.

Un autre phénomène non moins remarquable était la passion des malades pour la mer. De même qu'au XIVe siècle les danseurs de Saint-Jean voyaient le ciel ouvert avec toute la pompe des saints, les personnes attaquées du tarentisme étaient attirées par la surface immense et azurée de la mer, et demeuraient abîmées en la contemplant. Quelques chansons, qui se sont conservées jusqu'à nos jours, dépeignent cette passion singulière (1), qu'on représentait encore par les sons de la musique, et que le nom seul de la mer suffisait pour exciter. Chez quelques-uns cette passion inexplicable atteignait un si haut degré, qu'ils se précipitaient avec une aveugle furie dans les flots, comme les danseurs de Saint-Guy dans les torrens. Cet état, si diamétralement opposé à l'hydrophobie, se trahissait chez d'autres malades par la jouissance que leur causait la vue de verres remplis d'eau limpide. Pendant la danse ils portaient en main des verres pleins d'eau, et faisaient des gestes bizarres; d'autres aimaient aussi qu'on leur mît, au milieu de la place où la danse avait lieu, de grands vases remplis d'eau, entourés de roseaux et d'autres plantes aquatiques, où ils plongeaient la tête et les bras avec une grande volupté.

D'autres se roulaient dans des monceaux de terre, et s'y faisaient enterrer jusqu'au cou, ce qui leur procurait quelque soulagement. Enfin on pourrait parler d'autres phénomènes qui, par leur infinie variété, révèlent tous un état d'excitation nerveuse contre nature.

Mais tous s'effacent devant l'incomparable puissance de la musique. Déjà, dans l'antiquité, on avait, il est vrai, cherché à calmer les douleurs sciatiques et les accès des maniaques par une musique douce exécutée par la flûte, et ce qui nous intéresse ici davantage, on avait aussi cherché à prévenir par les mêmes moyens les accidens causés par la morsure de la vipère; mais tous ces essais n'avaient été faits que d'une manière partielle. Au contraire, il n'y avait, dans l'opinion du peuple, de salut, après la morsure de la tarentule, que dans la musique, et l'on ne réfléchissait pas que quelquefois la ligature du membre blessé, ou des remèdes pris à l'intérieur avaient prévenu cette dangereuse maladie, et même que des hommes robustes résistaient parfois, sans aucun remède, à l'action du venin. On raconte de plus, et ceci s'accorde parfaitement avec la nature d'une maladie nerveuse parvenue à ce haut degré, que beaucoup de personnes mordues par des tarentules moururent misérablement, parce qu'on ne pouvait leur jouer la tarentella, qui seule eût pu les guérir. C'est ainsi qu'au commencement du XVIIe siècle s'établit cette coutume que, pendant les mois de l'été, de grandes troupes de musiciens parcouraient l'Italie, et (ce dont il n'y a d'exemple, ni dans les temps anciens ni dans les temps modernes) entreprenaient en grand, dans les villes et les villages, la guérison des *tarentati*. On appelait ce temps, consacré dans tout le pays à la danse et à la musique, le petit carnaval des femmes, car c'était surtout elles qui s'intéressaient à la fête, et qui mettaient d'avance de côté leurs petites épargnes, et même négligeaient leur ménage pour pouvoir prendre part à la danse et récompenser dignement les musiciens. On parle même d'une dame riche (Alita Lupa) qui avait ainsi dissipé toute sa fortune.

---

(1) Par exemple :

Allu mari mi portati
Se voleti che mi sanati.
Allu mari, alla via :
Cosi m'ama la dona mia
Allu mari, allu mari :
Mentre campo, t'aggio amari.

(Kircher. *a. a.* o. p. 592.)

Le genre de musique que l'on faisait dans ce but était dans un rapport intime avec la nature de cette maladie, et elle a fait sur les Italiens une impression si profonde, que de nos jours ils la conservent encore pour une danse particulière dont la mesure s'accélère progressivement. On distinguait avec raison, par des noms particuliers, plusieurs espèces de tarentella et cela d'après la disposition des malades; ce qui montre qu'on voulait mettre en rapport la musique avec les dispositions morbides particulières du sens de la vue. C'est ainsi qu'on nommait *Panno rosso* une espèce de tarentella très-vive et très-passionnée, accompagnée de chants sauvages et dithyrambiques; *Panno verde* celle qui correspondait à la douce impression causée par la couleur verte, et qui était accompagnée de chants idylliques dépeignant des forêts et de vertes campagnes. Une troisième espèce s'appelait *cinque tempi;* une quatrième *moresca;* une cinquième, *catena*, et une sixième, *spallata*, la plus lente et la moins aimée de toutes; et d'ailleurs fort bien désignée, puisque l'on ne pouvait la jouer qu'à des danseurs paralytiques. Quant à ceux qui avaient la passion de l'eau, on avait coutume de leur chanter des chansons d'amour avec une musique en rapport avec cette passion, et ils aimaient aussi à entendre dépeindre les sources, les cascades bruyantes, les torrens, etc. Nous ne pouvons malheureusement donner d'autres renseignemens sur ce sujet, parce qu'on n'a conservé que de petits fragmens de chansons, et seulement quelques tarentelles qui datent du commencement du XVIIe ou tout au plus de la fin du XVIe siècle. Ces airs avaient presque entièrement le caractère de la musique turque (aria turchesca), et les antiques chansons des habitans de la Pouille se modelèrent facilement sur les sons gais et bruques de la timbale turque et du chalumeau. Ces deux instrumens étaient ceux que préféraient les campagnards; mais, dans les villes et les villages, d'autres espèces servaient aussi à faire danser les malades et à accompagner les chants des assistans. Lorsqu'une mélodie était désagréable aux tarentati, ils manifestaient leur déplaisir et leur aversion par des gestes violens; ils ne pouvaient non plus supporter de faux tons; et, ce qui est bien remarquable, c'est que des paysans sans éducation, qui auparavant n'avaient jamais soupçonné la puissance magique de la musique, se trouvaient avoir une oreille très-délicate, comme s'ils eussent été initiés aux plus profonds secrets de l'art musical. C'était une expérience journalière que toutes les tarentelles n'affectaient pas également les malades, mais seulement l'une d'entre elles, ce qui produisit naturellement une grande diversité dans ces danses. De plus, ils choisissaient avec beaucoup de caprice parmi les instrumens; ainsi les uns cherchaient les sons bruyans de la trompette, d'autres les accords plus doux de la guitare ou d'autres instrumens à cordes.

Ce fut au XVIIe siècle, après que la danse de Saint-Guy eut disparu depuis long-temps en Allemagne, que le tarentisme atteignit en Italie son plus haut degré. La maladie n'attaquait pas seulement les indigènes, car on vit aussi des étrangers de toutes couleurs et de toutes nations en être victimes, des nègres, des Bohémiens, des Espagnols, des Albanais; aucun âge ne garantissait des suites de la morsure de la tarentule ou de l'influence de l'aspect des danseurs; on vit des vieillards octogénaires jeter leurs béquilles en entendant la tarentella, et se joindre aux plus zélés danseurs comme si un philtre magique fût venu les rajeunir. Ferdinando vit un enfant de cinq ans saisi de la chorée après avoir été mordu par une tarentule; et ce qu'on aurait peine à croire, si cet écrivain digne de foi n'affirmait en avoir été témoin lui-même, des personnes qui avaient l'oreille pesante n'échappaient pas à la contagion, tant était grande l'influence de l'aspect des maniaques, lors même qu'une excitation particulière de l'ouïe ne venait pas la favoriser.

Des symptômes nerveux d'un ordre inférieur furent plus fréquens dans ce siècle que dans les précédens. La plupart des malades se sentaient saisis d'un froid glacial, et ne recouvraient leur chaleur naturelle que par les efforts d'une danse soutenue. L'anxiété et le saisissement leur arrachaient une sueur froide; leur urine était incolore, et ils avaient une telle aversion pour tout ce qui était froid, qu'ils repoussaient avec horreur l'eau qu'on leur offrait; ils buvaient tous volontiers du vin sans en éprouver aucun échauffement, ni aucune ivresse. Pendant tout le temps de leurs accès, qui étaient de un à six jours, ils sentaient une pesanteur d'estomac et un dégoût insurmontable pour toute nourriture; déjà, quelque temps auparavant, ils s'abstenaient de viande et d'escargots, qui, à ce qu'on croyait, empiraient les accès; et l'on peut attribuer leur passion pour le vin à la privation d'une nourriture fortifiante; cependant la maladie nerveuse était évidemment la cause dominante de leur jeûne et de ce besoin de se fortifier par des spiritueux. On voyait fréquemment des malades perdre la voix, d'autres devenir aveugles pendant quelque temps, d'autres avoir des étourdissemens, ou bien tomber dans un état complet de folie accompagnée d'insomnie opiniâtre, ou bien verser souvent des larmes sans cause extérieure apparente. Beaucoup de malades se trouvaient soulagés en se faisant balancer et bercer; d'autres demandaient qu'on les frappât rudement sur la plante des pieds, de manière à déterminer de la douleur, autrement ils se frappaient eux-mêmes, non point par jonglerie, mais bien pour apaiser le sentiment de chatouillement violent qu'ils éprouvaient dans tous leurs nerfs. On en vit aussi quelques-uns, comme chez les danseurs de Saint-Guy, dont l'abdomen se gonflait d'une manière considérable. Chez d'autres, l'affection de l'abdomen consistait dans une constipation prolongée ou bien dans des diarrhées ou des vomissemens. Ces malheureux perdaient peu-à-peu leurs forces et leurs couleurs, ils étaient pris de jaunisse et bouffis, les yeux rouges; ils erraient çà et là comme des ombres, puis tombaient bientôt dans une profonde mélancolie qui leur faisait rechercher le son lugubre des cloches funèbres et le séjour des cimetières et des tombeaux, comme les lycanthropes des temps anciens.

La croyance aux inévitables suites de la morsure de la tarentule exerçait une telle influence sur les esprits, que les personnes les plus saines et les plus robustes ne pouvaient s'y soustraire. Encore au milieu du XVIe siècle, le célèbre Fracastro vit son robuste fermier aux prises avec la mort, poussant de profonds gémissemens, et présentant les signes du plus profond désespoir, parce qu'il avait été piqué au cou par un insecte qu'il croyait être une tarentule. Son maître lui prépara aussitôt une boisson faite avec le vinaigre et le bol d'Arménie, qui était alors le principal remède employé

contre la peste et les poisons du règne animal; aussitôt après l'avoir pris le malade recouvra la parole et se rétablit comme par miracle. Dans ce cas-ci la confiance en ce grand médecin l'emporta sur la terreur chimérique dont le malade n'aurait que difficilement guéri sans la tarentella, et l'on ne peut croire à l'efficacité du bol, ce que Fracastro admettait cependant. Ferdinando parle de femmes qui avaient surmonté l'influence fâcheuse des accès, et renouvelé leurs danses pendant trente ans; en effet, tant qu'elles croyaient que le venin de la tarentule n'était pas extirpé, la maladie d'esprit continuait sans qu'aucune excitation nouvelle vînt agir sur elles. De quelque côté que nous tournions nos regards nous trouvons cette contagion morale tellement enracinée dans la disposition intellectuelle de ce siècle, qu'une occasion comme la morsure de la tarentule, et la croyance illimitée à ses funestes effets, suffisaient pour rendre cette maladie nerveuse la plus répandue de toutes. Au temps de Ferdinando, bien des personnes niaient déjà les suites de la morsure de la tarentule, et considéraient le mal comme une mélancolie imaginaire qui chaque année visitait l'Italie. Cependant quand leur incrédulité les porta à faire des expériences, ils payèrent cher leur témérité. Beaucoup d'entre eux furent dangereusement attaqués de tarentisme; et même un prélat de haut rang, J. Bapt. Quinzato, qui par plaisanterie s'était fait mordre par une tarentule, ne put en guérir que lorsqu'on l'eût forcé à la danse par le moyen de la tarentella. D'autres ecclésiastiques se refusèrent obstinément à entendre la musique, parce que la danse leur semblait porter atteinte à leur dignité; et, en voulant retarder cette crise nécessaire, ils aggravaient ainsi leur maladie; aussi furent-ils enfin obligés de se soumettre à cet unique remède qu'ils préféraient cependant à une mort misérable. Ce siècle était donc encore tellement esclave d'absurdes préjugés, que l'incrédule le plus déterminé, incapable de résister à l'impression puissante de ses souvenirs, succombait sous la puissance d'un venin dont il s'était moqué, et qui en effet ne pouvait exercer par lui-même qu'une faible influence.

4° *Hystérie.*

De même que le tarentisme présentait des symptômes variables chez les différens individus, de même aussi les autres maladies nerveuses déjà existantes devaient revêtir quelques-uns de ces caractères, lorsque les circonstances favorisaient cette transformation. Il s'agit ici de l'hystérie, cette maladie nerveuse si variée dans ses formes, et sur laquelle la superstition, les folies et les préjugés de tous les siècles se sont réfléchis avec tant de clarté. Les femmes vaporeuses attendaient avec impatience le retour de leur carnevaletto; leur maladie y prenait, comme dans d'autres circonstances extraordinaires, une direction particulière, et qu'elles eussent été mordues ou non, il fallait qu'elles parussent aux danses et à la grande fête, où elles osaient étaler publiquement leur secrète manie. Le genre de vie des femmes italiennes entrait pour beaucoup dans leurs maux. Forcées par les mœurs cruelles de l'époque à une vie retirée, privées de la plus douce des jouissances, celle de la société de leurs semblables, elles languissaient misérablement dans une oisiveté forcée et dans une sombre mélancolie; leur imagination en devenait profondément rêveuse et malade, et leur pâleur témoignait de leurs tourmens. Comment ces malheureuses, sorties de leurs prisons, ne se seraient-elles pas livrées avec transport aux joies de la musique et à l'ivresse bienfaisante de la danse? N'omettons pas ici une circonstance qui jette un grand jour sur la nature physique des souffrances hystériques, c'est que beaucoup de femmes atteintes de pâles couleurs étaient, après avoir figuré au carnavaletto parmi les danseuses, délivrées pendant toute l'année de leurs crampes et de leurs spasmes, sans que pour cela la cause matérielle de leur maladie eût disparu. Certes personne n'oserait taxer de tromperie leur illusion, ni condamner leur conduite.

Cette classe nombreuse de malades ne contribua pas peu sans doute à entretenir la contagion. Ces maux singuliers trouvaient autant d'imitateurs que les charlatans qui, par leurs contorsions, faisaient métier de la danse de Saint-Guy. Elles furent sans doute cause que le nombre des symptômes d'un ordre subordonné s'accrut jusqu'à l'infini, ce que fait encore supposer l'observation journalière des femmes vaporeuses, auxquelles leur penchant maladif fait oublier le sentiment de pudeur propre à leur sexe. Souvent aussi une violente excitation des organes génitaux avait une part incontestable à leur état. Nombre d'entre elles se découvraient de la manière la plus impudique, s'arrachaient les cheveux, hurlaient, se déchiraient de leurs dents, et, lorsque leur flamme intérieure n'avait pu être éteinte, leur état se changeait en démence, et elles terminaient par le suicide une vie qu'elles avaient prise en horreur, et pour cela la plupart se jetaient dans des puits.

D'après cet exposé, on pourrait croire que les folies de ces maniaques avaient ajouté tant de symptômes faux et mensongers à la maladie primitive, que, transportée dans une autre sphère, celle-ci eût dû s'évanouir d'elle-même; cependant elle n'en était pas encore venue là au commencement du XVIIe siècle; car une preuve que l'existence du tarentisme était tout-à-fait indépendante de celle de l'hystérie, c'est que dans beaucoup d'endroits, et notamment à Messapia, il y avait moins de femmes malades que d'hommes, et que chez ces derniers l'irritation sexuelle jouait aussi un grand rôle. D'ailleurs, par exemple à Brendisi, on remarquait le rapport inverse, ce qui pouvait, comme dans d'autres maladies, dépendre de causes locales; mais les relations s'accordent à affirmer qu'en général les femmes n'étaient pas plus sujettes au tarentisme que les hommes.

On raconte que les cicatrices laissées par la morsure de la tarentule changeaient de couleur lors des accès annuels (chez quelques-uns les accès revenaient deux fois l'an); mais nous manquons malheureusement de rapports certains, faits par de bons observateurs, pour pouvoir ôter à cette assertion toute l'invraisemblance qu'elle a pour nous.

C'est ici le lieu de remarquer qu'à la même époque où le tarentisme atteignait en Italie son plus haut période, la morsure d'araignées venimeuses causait aussi en Asie une terreur telle qu'on n'en avait éprouvée de mémoire d'homme; mais les symptômes causés par cette morsure s'y développèrent sans amener la maladie nerveuse de la Pouille, qui, comme nous l'avons montré, avait son origine bien plus dans la disposition mélancolique de ce peuple méridional, que

dans la nature du venin de la tarentule. Nous ne devons en effet considérer celui-ci que comme une cause éloignée du mal, puisque, sans cette disposition maladive des esprits, il eût été sans action. Pour prévenir les effets de cet empoisonnement, les Perses usaient d'un moyen très-efficace, ils faisaient boire jusqu'à satiété du lait aux malades, puis provoquaient le vomissement au moyen d'une caisse suspendue, dans laquelle ils les faisaient violemment tourner.

5° *Diminution.*

Le tarentisme dura encore pendant tout le XVIIe siècle, augmenté de tous les symptômes que ne manquent jamais d'ajouter à des maladies nerveuses de ce genre l'illusion et la tromperie. Déjà alors il commença à diminuer; mais jusqu'à la fin de ce siècle il présenta encore des phénomènes si remarquables que, Baglivi, l'un des médecins les plus illustres de ce temps, crut rendre service à la science en en faisant la description. En général il ne fait que répéter les observations de Ferdinando, en s'appuyant sur les observations de son père, médecin à Lecco, et que l'on peut regarder comme un témoin irrécusable. Baglivi décrit très-bien les suites immédiates de la morsure de la tarentule, la maladie nerveuse elle-même, et les divers états de folie des femmes vaporeuses, et il le fait sans altérer la vérité par les illusions de la crédulité, ce que plus tard on lui a reproché.

Enfin dans les temps modernes le tarentisme a toujours de plus en plus disparu, et s'est borné à quelques cas particuliers. Comment aurait-il pu exister encore sans modifications pendant le XVIIIe siècle, lorsque les conditions essentielles de son existence avaient depuis long-temps cessé? La maladie fut plus souvent feinte que réelle, et dans les lieux où elle parut encore sous sa forme primitive, sa cause principale, la mélancolie particulière, qui jadis avait affecté tant de milliers de malheureux, était alors restreinte à un petit nombre de cas; peut-être même pourrait-on soutenir, non sans quelque fondement, que le tarentisme des temps modernes est à la contagion primitive dans le même rapport que notre danse de Saint-Guy est à l'ancienne manie des danseurs de Saint-Jean.

Enfin la plupart des médecins reléguèrent le tarentisme dans le domaine des illusions, et l'envisagèrent comme une pure tromperie, mais dans leurs recherches à cet égard, ils ont fait preuve de vues bornées et d'une ignorance complète de l'histoire. Ils ont cherché à établir leur opinion par des expériences qui, au premier coup-d'œil, lui semblent favorables, mais qui furent faites dans des circonstances peu appropriées à leur objet. En effet ils choisirent ordinairement des hommes d'une santé robuste, et tout-à-fait à l'abri de l'influence qu'exerçait jadis la croyance à la maladie nerveuse qui était la terreur du peuple. De plus, quoique nous ne puissions nier les exemples isolés de feinte et de tromperie qui se rencontrent dans la plupart des maladies nerveuses, on en a trop légèrement tiré des conclusions sur la nature de l'ancienne épidémie. On ne savait pas qu'elle avait duré près de quatre siècles, et que ses racines remontent jusqu'aux temps les plus reculés du moyen âge. Le plus savant et le plus judicieux de tous ces médecins et naturalistes, est le Napolitain Sérao; toutes les preuves qu'il allègue contre la réalité du tarentisme se réduisent à l'assertion qu'il n'est qu'une espèce très-prononcée de mélancolie, et à la comparaison qu'il établit entre l'effet de la morsure sur cette mélancolie, et celui de l'éperon sur un cheval déjà lancé. Il ne fait donc que confirmer bien positivement ce qu'il voudrait nier. Il rapporte qu'en ébranlant la croyance à la maladie, il était parvenu à la rendre plus rare et à mettre fin à la tromperie. Mais ces raisons mettent aussi peu en doute la réalité du tarentisme, que de nos jours la découverte des fourbes jouant le rôle de somnambule, n'a mis en doute celle du somnambulisme lui-même. Quant aux médecins et aux naturalistes qui ont écrit sur ce sujet sans le connaître, ils ne méritent pas que nous nous occupions de leurs opinions, après l'exposé impartial que nous venons de présenter, et dont nous abandonnons l'examen au bon sens de chacun.

III. Chorée épidémique en abyssinie. Tigretier.

Les deux maladies que nous venons de décrire, la danse de Saint-Guy aussi bien que le tarentisme, étaient des produits de leur siècle. Elles n'auraient pu, sous le même ciel, se développer à d'autres époques, car le concours des circonstances terribles qui les firent éclore, ne s'est jamais reproduit; et il en est des dispositions physiques et morales des peuples, dues à des causes semblables à celles que nous avons énumérées, comme des différens âges, lesquels ne peuvent être parcourus deux fois par le même individu. C'est pourquoi il nous paraît d'autant plus important de décrire maintenant une maladie de l'Abyssinie, qui présente la plus grande analogie avec la manie primitive des danseurs de Saint-Jean, puisqu'elle consiste dans une extase toute semblable, accompagnée également d'une réaction violente des nerfs qui président au mouvement. Cette affection est surtout commune dans le pays appelé *Tigre*, et porte elle-même le nom de *tigretier*. C'est probablement la même maladie que les Éthiopiens désignent par le nom *astaragaza*. Nous allons laisser parler Pearce, témoin oculaire, qui a passé neuf ans parmi les Abyssins.

« Le *tigretier* attaque plus souvent les femmes que les hommes. Il commence par une fièvre violente qui se transforme bientôt en fièvre lente, et produit une maigreur extrême et même la mort, si les parens ne peuvent procurer au malade les secours nécessaires. Les paroles de ceux qui en sont atteints, deviennent inintelligibles, et ne sont, disent les indigènes, comprises que par leurs compagnons d'infortune. Lorsque les parens sont persuadés que la maladie est le véritable *tigretier*, ils se cotisent pour subvenir aux frais de la cure, et font d'abord venir un *dofter*, espèce de prêtre, qui lit au malade l'évangile de Saint-Jean, et l'asperge journellement d'eau froide pendant une semaine, procédé dont la mort est souvent le résultat. Le traitement le plus efficace exige des dépenses bien plus considérables encore. Les parens louent une troupe de musiciens, dont les instrumens consistent en trompettes, timbales et flûtes, et ils se munissent d'une quantité suffisante d'eau de vie; alors tous les jeunes gens, les filles et les femmes se réunissent devant la maison du malade, et y célèbrent une fête dont je parlerai bientôt.

« Je fus un jour appelé chez un voisin dont la jeune femme, objet de toutes ses affections, avait eu le malheur d'être attaquée de ce mal. Le mari était mon ancien compagnon; aussi visitai-je la malade tous les jours; mais je vis bientôt que mes soins ne pouvaient lui être d'aucune utilité, quoiqu'elle ne refusât pas mes remèdes. Elle parlait beaucoup, mais ni moi, ni ses parens, ne pouvions comprendre ce qu'elle disait. A l'aspect d'un livre ou d'un prêtre elle exprimait une grande aversion par les gestes les plus prononcés, et on remarquait en elle une agitation des plus violentes, pendant laquelle elle versait des torrens de larmes mêlées de sang (1). Elle avait déjà passé trois mois entiers dans cet état déplorable, et pendant tout ce temps elle avait pris si peu de nourriture, qu'on avait peine à comprendre qu'elle fût encore en vie. Enfin son mari se décida à employer le remède ordinaire, et après avoir fait les préparatifs nécessaires, il emprunta tous les bijoux d'argent de ses voisins, et en para sa femme.

« Le soir où la fête devait avoir lieu, je me plaçai dans le voisinage de la malade afin de pouvoir l'observer attentivement. Environ deux minutes après que les trompettes eurent commencé à se faire entendre, je la vis remuer d'abord les épaules, puis la tête et la poitrine, et en moins d'un quart d'heure elle se trouvait assise sur son lit. Quoique souriant de temps en temps, elle jetait autour d'elle des regards farouches qui m'engagèrent à m'éloigner, fort étonné que j'étais d'ailleurs de voir une malade desséchée jusqu'aux os, se remuer encore avec une telle force. Sa tête, son cou, ses épaules, ses mains et ses pieds, tout son corps se mouvait en cadence au son de la musique, et enfin elle se trouva debout au milieu des assistans. Alors se mettant à danser, elle sautait et gambadait par intervalles, et à mesure que le bruit de la musique et des chants des assistans augmentait, elle faisait des sauts de plus en plus élevés; quelques-uns étaient de plus de trois pieds. Lorsque la musique cessait, la plus grande anxiété s'emparait d'elle, et lorsque, au contraire, elle devenait plus intense, elle souriait de nouveau, et paraissait satisfaite. Pendant toute la danse, elle ne laissa pas apercevoir le moindre signe de fatigue, alors même que les musiciens n'en pouvaient plus d'épuisement. Elle témoignait le plus grand déplaisir quand ils étaient obligés de reprendre haleine et de se rafraîchir.

« Le jour suivant, on l'amena, suivant la coutume, sur la place du marché, où se trouvaient déjà les cruches destinées aux danseurs et aux musiciens. Lorsque la troupe fut rassemblée et que la musique eut commencé, elle entra dans le cercle des assistans, et se mit à danser en prenant les postures les plus bizarres. La danse dura tout le jour, et vers le soir elle fit tomber pièce à pièce de son cou, de ses bras et de ses pieds tous ses bijoux d'argent, tellement, qu'au bout de trois heures elle s'était dépouillée de toutes ses chaînes et de ses agrafes, qu'un parent releva et rendit à ceux auxquels ils appartenaient. Enfin, au coucher du soleil, elle courut jusqu'à une certaine distance avec une telle rapidité que le meilleur coureur n'aurait pu l'atteindre. Elle tomba alors tout-à-coup comme blessée mortellement. Un jeune homme se mit aussitôt à sa poursuite, déchargea de loin sur elle, comme c'est l'usage en pareil cas, un fusil à mèche, et l'ayant frappée sur le dos du plat de son long poignard, lui demanda son nom, qu'elle articula aussitôt, ce qui est regardé comme un signe certain de guérison; car pendant toute la durée de leur mal, les malades ne répondent pas à leur nom chrétien. On la ramena alors, faible et exténuée, dans sa maison, où un prêtre l'attendait pour la baptiser au nom de la Sainte Trinité, comme si elle avait besoin d'être reçue de nouveau dans l'église. Ce fut là toute la cure; mais ce procédé ne réussit pas de même chez tous les malades. En effet, chez quelques-uns la danse sur la place publique doit être réitérée plusieurs jours de suite, et même chez d'autres elle reste complètement sans effet. J'ai vu de ces malades faire pendant leurs accès de danse les contorsions les plus bizarres, en portant sur la tête une bouteille sans la faire tomber et même sans répandre la moindre goutte du liquide qu'elle contenait.

« Je ne me serais pas aventuré à parler de cette maladie, et même j'en aurais nié la possibilité, si je n'avais vu tout cela de mes yeux, et si je n'en avais pas eu moi-même un exemple dans ma propre femme. Je crus d'abord que le fouet rendrait de meilleurs services; aussi lui en appliquai-je un jour quelques coups, tout tranquillement et entre quatre yeux, parce que j'avais la conviction que le caractère du sexe féminin était ici fortement en jeu, et que le desir de se faire remarquer par des habillemens magnifiques et par la danse était la véritable cause de la maladie. Mais quel fut mon étonnement, lorsqu'au milieu de l'exécution de mon moyen curatif, elle tomba à terre comme morte! Tous ses membres et même ses doigts devinrent raides et immobiles, tellement que je la crus véritablement à sa dernière heure, et que j'annonçai à mes gens qu'elle avait perdu connaissance, tout en ayant soin de leur cacher la cause de ce fâcheux accident. Mais ils avaient déjà fait venir des musiciens, dont j'avais jusqu'alors obstinément refusé le secours. La musique rappela bientôt ma femme à elle-même. Je laissai alors à ses parens le soin d'employer les moyens de guérison que j'ai décrits, et j'eus seulement à regretter que la durée de la cure, plus longue que celle de l'autre malade, m'occasionât des frais plus considérables. Un jour je cherchai, accompagné d'un de mes amis, à m'approcher inaperçu de ma femme, et sans me mêler à la foule, pour être témoin de ses danses. La voyant se démener plutôt comme une bête sauvage que comme une créature humaine, j'exprimai mon étonnement à mon compagnon en lui disant : ce n'est pas là ma femme! Ce propos excita chez lui un accès de rire si violent, que jusqu'à notre retour il eut peine à se remettre. Les hommes, comme je l'ai remarqué, sont plus rarement atteints de cette fâcheuse maladie que les femmes, et elle est beaucoup moins commune dans les provinces d'Amhara et de Galla que dans le Tigre. »

Cette description naïve et animée de Pearce jette un grand jour sur les traditions de l'antiquité relatives à la danse de Saint-Guy et au tarentisme, et elle est surtout propre à convaincre ceux qui ne veulent pas admettre l'existence d'une pareille maladie, parce que le degré actuel de civilisation des peuples européens ne permet plus son développement.

(1) Like blood mingler with water. *Page* 291.

La véracité de ce témoin, doué d'un jugement sain, et qui ne pouvait avoir aucun intérêt à altérer la vérité, ne peut être soumise au plus léger doute, car le peu d'éducation qu'il avait reçue ne lui permettait pas de posséder la moindre notion sur ces phénomènes, et chaque page de son ouvrage est également attrayante par la même naïveté et la même candeur.

La comparaison est mère de l'observation, aussi nous servira-t-elle à expliquer un phénomène par l'autre, le passé par le présent. L'arbitraire du pouvoir, le manque de sécurité, et l'influence d'une hiérarchie grossière et ignorante sont les causes qui ont agi, au moyen âge, sur les Allemands et les Italiens, et ce sont encore elles qui agissent aujourd'hui chez les Abyssins. Tout différens que soient ces peuples par leur origine, leurs mœurs et leurs habitudes, les effets de semblables causes n'en sont pas moins les mêmes en Europe et en Afrique, parce qu'elles agissent sur l'homme comme espèce, indépendamment des circonstances de temps et de lieux. De plus, l'état actuel des Abyssins, sous le rapport de la superstition, nous représente exactement l'état dans lequel étaient les peuples de l'Europe pendant le moyen âge. Cette hypothèse, que l'on trouvera peut-être trop hasardée, est cependant confirmée par le genre de superstition des Abyssins, puisqu'elle a pris deux directions parfaitement analogues aux phénomènes qui accompagnèrent au moyen âge la chorée épidémique. *Les Abyssins ont leurs flagellans chrétiens, et ils croient à un zoomorphisme, qui est une image vivante de la lycanthropie du moyen âge.* Leurs flagellans s'appellent *zackarys*; ils forment une secte à part, et font leurs processions à travers les villes et les villages en faisant un grand tumulte, en se fouettant jusqu'au sang, et en se blessant avec des couteaux. Ils se vantent d'être les descendans de saint Georges, et c'est précisément dans le Tigre, où règne la chorée des Abyssins, qu'ils se trouvent en plus grand nombre. Ils y possèdent une église située dans le voisinage d'Axum, et dédiée à leur patron *Oun Arvel*. Dans ce temple brûle continuellement une lampe qu'ils prétendent n'être pas entretenue par des mains humaines, et ils y conservent une eau bénite à laquelle ils attribuent une grande efficacité contre le tigretier.

Le zoomorphisme des Abyssins est un phénomène non moins remarquable et d'une espèce toute particulière. Les potiers et les ouvriers en fer forment une caste distincte, nommée *febbid* dans le Tigre, et *buda* dans l'Amhara. Cette caste est très-méprisée et exclue de la communion, parce qu'on croit qu'ils peuvent se métamorphoser en hyènes et autres animaux féroces; aussi chacun les redoute et les voit avec terreur. Ils sont très-habiles à entretenir cette superstition, qui rend leur métier plus lucratif, et quoique du reste bons chrétiens (il n'y a parmi eux qu'un petit nombre de juifs et de mahométans), ils ne semblent pas se tourmenter beaucoup de leur excommunication. Ils portent comme signe distinctif une boucle d'oreille en or, que l'on trouve très-souvent aux oreilles des hyènes tuées à la chasse, sans qu'on ait jamais pu découvrir comment ils s'emparaient de ces animaux pour leur ajuster ce singulier ornement, qui détruit chez le peuple tous les doutes qu'il pourrait avoir sur l'origine surnaturelle des forgerons et des potiers. Outre cela on leur attribue une puissance magique, et particulièrement la faculté de pouvoir causer des maladies par leur regard; cependant ils vivent tranquilles, et ne sont pas traînés sur des bûchers par des prêtres fanatiques comme les loups-garoux du moyen âge.

IV. Sympathie.

En nous servant des mots imitation et sympathie, termes consacrés par le langage, nous ne pouvons désigner que d'une manière imparfaite un lien qui embrasse toute l'humanité, un instinct qui rattache l'individu à la société, qui saisit avec la même puissance la raison et la folie, le bien et le mal, et rabaisse aussi bien le mérite de la vertu qu'il atténue la culpabilité du vice. Il n'y a que gradation d'un même phénomène, et point de différence essentielle dans cet instinct; il se développe aussi bien dans les premiers mouvemens intellectuels de l'enfant, dont le principe gît en grande partie dans l'imitation, que dans l'état maladif de l'esprit, qui se trouve enchaîné et asservi par une impression matérielle. Cette impression y pénètre par les yeux d'une manière tout aussi incompréhensible que la transmission de l'électricité d'un corps à un autre par le contact. Un fait caractéristique de cet instinct porté à son plus haut degré de développement, c'est *l'absence de volonté*, qui devient sensible aussitôt que l'impression matérielle a pris racine, et qui place le sujet affecté dans un état semblable à celui des petits oiseaux fascinés par le pouvoir magique du regard d'un serpent. Ce sont ces liens spirituels qui distinguent la sympathie maladive de tous les degrés inférieurs de l'instinct d'imitation, quoiqu'il semble que l'on puisse comparer la transmission d'une maladie par l'imitation à celle d'une simple bizarrerie de tous les jours, comme par exemple celle d'une mode ridicule, d'un tic dans la langue ou les manières, d'une façon de penser extravagante; imitations qui, par leur étrange et funeste direction, nous présentent sous un jour fort suspect l'indépendance de la plupart des hommes, et nous livrent un tableau caractéristique de leur réunion en communauté. Un phénomène qui a encore plus d'analogie avec la sympathie maladie, que l'imitation de bizarreries, quoique celle-ci contribue souvent beaucoup à la produire, c'est la propagation des grandes passions, particulièrement des passions religieuses et politiques. Dans tous les temps ces dernières ont profondément ébranlé les peuples, et commençant d'abord avec le consentement de ceux dont elles s'emparent, elles peuvent devenir ensuite tout-à-fait involontaires, et dégénérer en véritables maladies mentales. Mais loin de nous la prétention de pénétrer dans toutes les profondeurs de ce sujet; les forces nous manqueraient sans doute pour une pareille tâche, et nous n'avons à traiter ici que de la sympathie maladive qui, dans le moyen âge, rendit la chorée une véritable épidémie. Nous nous bornerons seulement à citer quelques exemples remarquables de l'apparition de ce singulier penchant : leur comparaison suffira sans doute pour en donner une idée claire à nos lecteurs.

I. L'exemple que nous citerons en premier lieu se passa en Angleterre dans une filature. Une jeune fille à qui, par mauvaise plaisanterie, une de ses camarades avait mis une souris dans le sein, fut tout-à-coup prise de violentes con-

vulsions. Cet état dura vingt-quatre heures de suite, et en présence des autres ouvrières. Le jour suivant trois d'entre elles furent attaquées du même mal, et six le surlendemain. Cet accident causa une telle épouvante dans cette fabrique, qui occupait trois cents personnes, que les travaux furent suspendus. Le bruit se répandit qu'une maladie contagieuse y avait été apportée par une balle de coton; aussi eut-on recours, dès le 4e jour, à un médecin, le docteur Clare. Avant son arrivée le nombre des malades s'était augmenté de trois, et dans la nuit suivante il y en eut neuf nouvelles; de sorte que le nombre total était déjà de vingt-quatre. Parmi ces malades, il y avait de jeunes filles de vingt-un ans, et seulement un homme, lequel avait pris beaucoup de part à leurs maux; les plus jeunes n'avaient que dix ans; trois d'entre elles demeuraient à une demi-lieue, et trois autres à une lieue et demie de l'endroit où éclata le mal. Celles-ci, ainsi que deux autres, n'avaient point vu les malades; mais les convulsions les avaient saisies au récit de cet événement. Outre les convulsions, dont la durée était de quinze minutes à vingt-quatre heures, et qui, chez quelques-unes, étaient si violentes, qu'il fallait quatre ou cinq personnes pour les empêcher de s'arracher les cheveux et de se meurtrir contre les murs, les malades éprouvaient encore de l'anxiété, de l'oppression et des suffocations, symptômes ordinaires d'une irritation nerveuse portée à un haut degré. L'électricité, à laquelle eut recours le docteur Clare, réussit parfaitement. Dès son arrivée, la maladie ne se propagea pas davantage; et toutes les malades étaient guéries six jours après l'explosion du mal, qui, favorisé par les circonstances eût pu faire de très-grands progrès.

Ce cas présente ceci de particulier, que les jeunes filles attaquées de convulsions n'avaient point été antérieurement soumises à des influences capables de les prédisposer à une semblable maladie à moins toutefois que l'on ne veuille considérer comme telle la vie misérable des ateliers malsains d'une filature. Le fanatisme ne jouait ici aucun rôle, et l'on ne dit point dans cette observation que les malades eussent éprouvé auparavant d'autres affections nerveuses. On rapporte en revanche que dans un cas tout semblable les malades avaient déjà les nerfs attaqués avant l'explosion du mal; dans ce cas leur sympathie maladive, excitée par l'aspect d'une personne en convulsion, ne fit que porter leurs maux à un plus haut degré. Aussi peut-il être assimilé à celui des femmes vaporeuses qui étaient prises de tarentisme.

II. Une fille de vingt-un ans, d'une constitution robuste, visitant, le 13 janvier 1801, une malade à l'hospice de la Charité de Berlin, où elle avait été auparavant guérie d'une péripneumonie et de catalepsie, fut saisie en entrant des plus violentes convulsions. L'aspect de ses horribles contorsions produisit les mêmes accidens chez six autres malades du même sexe, et peu de temps après huit nouvelles en furent également atteintes. Toutes avaient de seize à vingt-cinq ans; elles étaient à l'hôpital pour des maladies différentes; l'une d'elles avait des crampes d'estomac, une autre était paralytique, une troisième était affectée de léthargie, une quatrième d'accès épileptiformes sans perte de connaissance, une cinquième de catalepsie, une sixième de syncope, etc. Elles présentaient des accès variés de catalepsie entre les convulsions, lesquelles étaient précédées, une o deux minutes avant leur apparition, d'un état de lassitude et de torpeur. Les maladies nerveuses dont ces malades étaient primitivement affectées, et même la paralysie disparurent pendant la durée de la nouvelle maladie, mais elles se reproduisirent après la guérison de cette dernière. Le traitement, pendant lequel deux jeunes infirmières furent saisies des mêmes accès, dura en tout quatre mois, et sa réussite fut due en grande partie à l'emploi de l'opium, remède alors en grande vogue.

Toute émotion vive, toute passion violente peut produire l'extase ou quelque autre maladie mentale, et ébranler violemment le système nerveux, en s'irradiant du centre des facultés intellectuelles dans ses ramifications les plus subtiles. Le monde fourmille d'exemples de ces tristes dérangemens dans lesquels l'esprit, paralysé dans sa volonté par la violence de l'impression matérielle, ne peut vaincre la puissance propagatrice de l'imitation. Les malheureuses victimes de cette contagion n'épargnent pas même leur propre vie, et de même qu'un troupeau de brebis se précipite dans un abîme en suivant aveuglement celles qui les précèdent, de même on voit des troupes de frénétiques (depuis les filles de Milet jusqu'aux sociétés modernes de suicides) courir au-devant d'une mort qu'ils se préparent eux-mêmes. L'exaltation religieuse est de toutes la plus féconde en maladies, et ce sont celles dues à cette cause qui se propagent le plus facilement par sympathie. L'histoire de l'Église nous en fournit d'innombrables exemples; mais bornons-nous au récit de quelques faits encore récens.

III. Dans une chapelle de méthodistes, à Redruth, un homme se leva pendant le service divin, et, témoignant la plus grande inquiétude sur l'état de son âme, s'écria à haute voix: « Que dois-je faire pour être sauvé? » Quelques autres sectaires répétèrent à son exemple la même exclamation, et parurent éprouver aussitôt après de violentes douleurs. La nouvelle de ce singulier événement se répandit bientôt dans le public, et *plusieurs centaines* de personnes qui, attirées par la curiosité ou par d'autres motifs, étaient venues voir les malades, tombèrent dans le même état. La chapelle resta ouverte jour et nuit pendant quelque temps, et cette nouvelle maladie se répandit de là avec la rapidité de l'éclair dans les villes voisines, à Camborne, Helston, Truro, Penryn et Falmouth, ainsi que dans les villages environnans. A mesure qu'elle s'étendait davantage, elle diminuait dans les endroits où elle s'était d'abord montrée, et fut toujours exclusivement restreinte aux chapelles des méthodistes. Partout cette maladie, qui d'ailleurs n'attaqua que les personnes les plus ignorantes, reconnut pour cause déterminante l'exclamation dont nous avons parlé. Les malades étaient dans un état d'anxiété extrême, et tombaient dans de violens accès de convulsions; quelques-uns criaient comme des possédés que le Tout-Puissant allait décharger sur eux le poids de sa colère, que les gémissemens des damnés retentissaient à leurs oreilles, et qu'ils voyaient l'enfer prêt à les engloutir. Les prédicateurs, voyant leurs auditeurs saisis de cette manie, les engagèrent fortement à faire l'aveu de leurs péchés, et s'efforçaient de les convaincre qu'ils étaient par leur nature même ennemis du Christ, que c'était là la cause de la colère de Dieu, et que si la mort les surprenait dans leur état de péché, les tourmens éternels de l'enfer deviendraient

leur partage. Toute la communauté exaltée répétait ces paroles, qui contribuaient ainsi à augmenter la violence de leurs accès. Lorsque ces discours avaient produit leur effet, les prêtres changeaient de langage, ils rappelaient aux malades la puissance du Sauveur et la miséricorde infinie de Dieu, et leur dépeignaient, sous des couleurs attrayantes, les joies du pardon et du paradis. La nature de ces paroles produisait tôt ou tard un changement remarquable dans les dispositions des malades; ils passaient du plus profond désespoir à une extrême béatitude, et s'écriaient avec un accent de triomphe, que leurs liens étaient brisés, et que, par le pardon de leurs péchés, ils étaient en possession de la liberté glorieuse des enfans de Dieu. Les convulsions ne cessaient cependant pas, et ils étaient si inaccessibles pendant leur durée à toute idée terrestre, qu'ils passaient deux ou trois jours de suite dans les chapelles sans prendre de nourriture, et continuellement agités de mouvemens convulsifs. D'après un calcul modéré, le nombre des malades s'éleva en très-peu de temps à quatre mille.

Voici quelle était en général la marche et les symptômes de ces accès. Les malades éprouvaient d'abord de la faiblesse, des lipothymies, des frissons, un sentiment de pesanteur à l'épigastre, puis ils poussaient des cris comme s'ils eussent été aux approches de la mort, et les femmes particulièrement comme si elles eussent été saisies des douleurs de l'enfantement. Survenaient ensuite les convulsions, qui attaquaient d'abord les muscles de l'œil, cependant cet organe devenait bientôt fixe et immobile; elles se manifestaient après par d'horribles grimaces et suivaient ainsi une direction de haut en bas; les muscles du cou et du tronc en étaient successivement saisis, et la respiration devenait pénible et sanglotante. Pendant ce temps les malades tremblaient et agitaient la tête de tous côtés. Quand le mal devenait plus violent, il attaquait aussi les bras, et alors les malades se frappaient la poitrine, se tordaient les mains, et faisaient les gestes les plus divers. L'observateur, duquel nous tenons ces faits, ne remarqua pas que les extrémités inférieures eussent été jamais attaquées. Dans quelques cas, l'épuisement survenait déjà au bout de quelques minutes, mais le plus souvent les accès duraient bien davantage, quelquefois même 70 à 80 heures. Parmi ceux que les accès avaient surpris assis, plusieurs se courbaient rapidement en avant et en arrière, avec des mouvemens correspondans des bras, comme un homme qui scie du bois. D'autres poussaient des cris de joie, couraient de côté et d'autre, et prenaient les postures les plus fatigantes et les plus variées, jusqu'à ce que leurs forces fussent épuisées. Au commencement des accès, le bâillement était un symptôme commun à tous, mais à mesure que le mal devenait plus violent, la respiration et la circulation étaient plus rapides, et le visage se boursouflait. Lorsque l'épuisement était survenu, les malades tombaient en syncope, et restaient raides et immobiles jusqu'à ce qu'ils reprissent connaissance. Cette maladie est tout-à-fait analogue à la danse de Saint-Guy, seulement les accès atteignaient quelquefois une intensité extrême. On vit un de ces convulsionnaires résister à quatre ou cinq hommes robustes qui voulaient s'en rendre maîtres. En général, ceux des malades qui ne perdaient pas connaissance devenaient plus furieux toutes les fois que l'on usait de la force pour chercher à les apaiser. Aussi les laissait-on ordinairement se démener à leur aise, jusqu'à ce que l'épuisement survînt de lui-même. Après les accès, ils se plaignaient d'une lassitude plus ou moins grande, et il n'était pas rare de voir cette maladie se transformer en une autre. C'est ainsi que plusieurs tombèrent dans une mélancolie qui, bien qu'elle dépendît d'une exaltation religieuse, n'était cependant pas caractérisée par des accès de terreur et de désespoir; un autre fut pris de congestion cérébrale. Cette épidémie nerveuse ne faisait aucune distinction d'âge et de sexe : on vit des enfans de 5 ans en être atteints aussi bien que des vieillards de 80, et des hommes dans la force de l'âge; mais c'étaient les jeunes filles et les jeunes femmes qu'elle attaquait plus particulièrement (1).

IV. Il règne maintenant dans les îles Shetland une maladie toute semblable, qui s'y perpétue depuis un siècle, et nous offre un exemple remarquable et peut-être unique de nos jours, de la propagation par sympathie des maladies de cette espèce. Un épileptique eut un accès dans une église, et, soit tension des esprits par la dévotion, soit compassion pour ce malade, son aspect fit une telle impression sur les assistans, que bientôt bon nombre de femmes et d'enfans se plaignirent de palpitations, et éprouvèrent des syncopes, qui bientôt dégénérèrent en un état de raideur, d'immobilité, et probablement de catalepsie. Ces symptômes durèrent environ une heure et se réitérèrent sans doute plusieurs fois; mais bientôt le mal prit un aspect nouveau. Plusieurs femmes, déjà saisies de ces accès, tombèrent tout-à-coup, se courbant de toutes les manières imaginables, tournant rapidement la tête de côté et d'autre, le regard fixe, et poussant des cris affreux. De nos jours encore, lorsque ces accès les prennent au milieu d'une fête, elles rentrent au milieu des leurs, dès que leur accès est passé, et continuent à se réjouir comme si rien ne leur était arrivé. Autrefois ces accès étaient fréquens pendant les chaleurs de l'été, et il y a une cinquantaine d'années qu'il ne se passait presque pas de dimanche que l'on ne vît quelques personnes attaquées de ces convulsions. De violentes passions ou fanatisme religieux en étaient souvent la cause; mais comme dans tous ces prétendus signes d'intervention divine, il était facile de s'opposer à leur développement, soit en donnant une autre direction à leur esprit, soit en mettant fortement en jeu leur pudeur. Aussi tout prêtre se rend facilement maître de la maladie, s'il sait diriger convenablement l'esprit des malades, et leur faire clairement sentir combien il est ridicule de céder ainsi volontairement à une envie d'imitation facile à surmonter, ou d'exciter par son affectation les mêmes accès chez d'autres. Un prédicateur pieux et éclairé de ce pays raconta au médecin qui décrit cette maladie, comme témoin oculaire, que les interruptions causées pendant le service divin par les convulsionnaires, lui avaient rendu très-pénibles les premiers temps de l'exercice de ses fonctions, mais qu'il y avait bientôt remédié en persuadant à

---

(1) Cette observation est due à *J. Cornisch.* Voyez *Fothergill's and Want's medical and physical journal*, vol. XXXI, 1814, p. 373-79.

ses paroissiens que le meilleur remède était de plonger les malades dans l'eau froide, et il avait en même temps aposté dans l'église des individus chargés de transporter immédiatement dans le lac voisin les personnes attaquées. Cet ingénieux moyen surpassa ses espérances, car la crainte de passer de l'église dans le lac eut un effet magique, et il ne fut même pas nécessaire de faire subir à personne cette immersion. Sa paroisse devint par la suite une des plus respectables des îles Shetland.

Le même médecin, assistant un jour au service divin à Baliasta, dans l'île d'Unst, les cris perçans d'une convulsionnaire retentirent dans toute l'église. Le prédicateur, M. Ingram de Fetlar, s'arrêta aussitôt, jusqu'à ce que l'on eût transporté cette femme hors de l'église, puis il enjoignit à tous ceux qui craignaient d'être saisis du même mal, de sortir sur-le-champ de l'église, et il fit immédiatement entonner un cantique. Cette mesure prévint une nouvelle interruption, mais l'instinct d'imitation n'en fut pas moins mis en jeu, car notre narrateur vit, en sortant de l'église, plusieurs femmes, que la crainte d'une réprimande publique en avait chassées, se rouler sur le gazon, en proie à de violentes convulsions (1).

V. L'apparition des *convulsionnaires* en France est digne de remarque, car les habitans de ce pays, à raison de la mobilité de leur caractère, sont en général peu sujets au fanatisme. En 1727 mourut dans la capitale de ce pays le diacre Paris, antagoniste zélé des ultramontains à l'époque des dissensions provoquées dans l'église gallicane par la bulle *Unigenitus*. Les partisans visitaient fréquemment son tombeau situé dans le cimetière Saint-Médard, et quatre ans après (au mois de septembre 1731) le bruit se répandit qu'il s'y faisait des miracles. Les malades y étaient saisis d'accès convulsifs et cataleptiques, ils se roulaient par terre comme des possédés, agitaient violemment la tête et les membres, et éprouvaient une grande oppression, accompagnée d'un pouls fréquent et irrégulier. Tout Paris prit grand intérêt à cet événement, et chaque jour une foule de curieux se rendaient dans ce cimetière pour y jouir de ce singulier spectacle, que les ultramontains ne manquaient pas de regarder comme une œuvre de satan, et leurs adversaires comme le résultat d'une influence divine.

Chez quelques femmes, dont les nerfs étaient déjà affectés, la maladie alla jusqu'au somnambulisme, phénomène encore inconnu à cette époque, car on s'étonnait extrêmement qu'une femme pût lire, les yeux fermés, tous les livres qu'on lui présentait, et reconnaître la condition de personnes qui leur étaient inconnues, ce que l'on attribuait à l'odorat. Bientôt on regarda comme douée d'une vertu miraculeuse la terre qui recouvrait les dépouilles du diacre Paris, on en fit chercher de bien loin pour des malades, et ce fut ainsi que la maladie se répandit au dehors de la capitale, et que le nombre des convulsionnaires connus se monta, à une certaine époque, au-delà de huits cents, nombre qu'ils eussent certainement dépassé, si Louis XV n'eût pas fait fermer le cimetière.

La maladie revêtit bien des formes différentes, qui fixèrent encore plus l'attention générale. Beaucoup de malades éprouvaient pendant leurs convulsions des douleurs violentes qui exigeaient les secours des autres sectaires; c'est pour cela qu'on les désignait, ainsi que leurs aides, par le nom de *secouristes*. Ces secouristes y procédaient d'une manière très brutale et tout-à-fait analogue à ce que nous avons vu chez les danseurs de Saint-Jean et les tarentistes. Ils les frappaient en différentes parties du corps avec des pierres, des marteaux, des sabres, des bûches de bois, etc., et les adeptes de cette secte singulière nous rapportent des exemples fort remarquables de l'efficacité de ce moyen, comme preuve certaine que dans des maladies nerveuses de ce genre la nature réclame impérieusement une douleur produite par un traitement brutal, afin de servir, pour ainsi dire, de contrepoids à l'état intérieur d'irritation. Les secouristes se servaient de bûches de bois tout comme les paveurs de leurs demoiselles, et on raconte que quelques convulsionnaires reçurent en un seul jour près de six à huit mille coups, sans en éprouver de suites fâcheuses. Un secouriste guérit une jeune fille de crampes d'estomac, en lui appliquant de violens coups de poing sur l'épigastre, et des cas pareils eurent également lieu dans plusieurs endroits. Les convulsionnaires faisaient quelquefois pendant leurs accès des sauts prodigieux, dont l'imitation devint plus tard si commune, que les femmes et les jeunes filles, dans la crainte d'éprouver quelque chose de pareil, et de paraître d'une manière contraire aux règles de la bienséance, se couvraient de longues robes, qui se terminaient en forme de sac. Lorsque dans leurs chutes, ils se faisaient quelques contusions, on les guérissait avec la terre du tombeau du saint non canonisé; mais ordinairement l'adresse extraordinaire qu'ils déployaient rendait ce moyen inutile, et nous n'avons presque pas besoin de dire que c'étaient particulièrement les personnes du sexe qui se distinguaient par des attitudes incroyables. Quelques-uns de ces possédés tournaient sur leurs pieds, comme les derviches, avec une rapidité incroyable, d'autres se meurtrissaient la tête contre les murailles, ou pliaient leur corps en arrière comme des danseurs de corde, tellement que leurs épaules touchaient à leurs talons.

Tous ces accidens finirent par dégénérer en une folie bien déclarée. A Vernon, une convulsionnaire, de mœurs précédemment assez suspectes, se mit à confesser les hommes; dans d'autres endroits, on vit des femmes de cette secte forcer des prêtres à s'agenouiller devant elles, et à leur faire leur confession. D'autres jouaient avec des hochets d'enfans ou traînaient de petits chars, en donnant à ces enfantillages une signification symbolique. Une d'entre elles imitait les gestes d'un homme qui se fait la barbe, et cathéchisait en même temps, voulant imiter ainsi le diacre Paris, qui avait l'habitude de prêcher à table et en se faisant la barbe. Quelques-unes se faisaient placer transversalement sur le ventre une planche sur laquelle elles ordonnaient à plusieurs hommes de monter, car dans les maladies de ce genre une douleur atroce procure une sorte de volupté; on en vit de même se faire violemment pincer le sein avec des tenailles, tandis que d'autres enfin vêtues de robes en forme de sac, se

(1) Samuel Hilbert, *Description of the Shetland islands, comprising an account of their geology, scenery, antiquities and superstitions.* Edimbourg 1822, IV, p. 399.

posaient sur la tête, et restaient dans cette posture beaucoup plus long-temps que ne pourraient le supporter des personnes en santé. L'avocat Pinault, qui appartenait à cette secte, aboyait tous les jours pendant quelques heures, et cette manie ne manqua pas de trouver des imitateurs.

La folie des convulsionnaires persista sans interruption jusqu'en 1790, et présenta, pendant cet espace de cinquante-neuf ans, plus de tristes phénomènes que ne voudraient l'avouer les esprits éclairés du dix-huitième siècle. L'immoralité la plus dégoûtante trouvait pleine carrière dans les secrètes assemblées des sectaires, et leurs pratiques religieuses déjà propres par elles-mêmes à égarer l'esprit, servaient encore à voiler leurs turpitudes. Ce fut inutilement que, par un arrêt de 1762, le parlement défendit les *grands secours;* on ne se livra qu'avec plus d'ardeur à cette secrète pratique, et ce fut en vain que plusieurs médecins, ainsi que le pieux, mais fougueux Hecquet, et après lui Lorry, expliquèrent la manie des convulsionnaires par des causes naturelles. Des hommes distingués et d'un rang élevé, tels que Montgeron, conseiller au parlement, et Lambert, ecclésiastique célèbre, mort en 1813, se firent les défenseurs de cette secte, et les nombreux écrits que l'on échangea dans cette dispute ne firent que la consolider davantage par l'importance qu'on lui accorda. Enfin la révolution ébranla cette secte mystique; mais sans cependant la détruire, car même pendant les temps de la plus grande effervescence politique, les assemblées secrètes continuèrent également à avoir lieu; des livres prophétiques, écrits par des convulsionnaires renommés, parurent encore dans des temps plus récens, et il y a quelques années (1828) que cette secte, autrefois si célèbre, existait encore, mais sans les convulsions et les *grands secours,* qui, en dépit de la civilisation tant vantée des Français, rappellent si clairement les temps de ténèbres de la danse de Saint-Jean.

VI. Des sectes fanatiques de ce genre offrent, chez tous les peuples anciens et modernes, les mêmes phénomènes. Une dévotion exaltée, considérée sous le rapport médical, est déjà par elle-même un excitant funeste, qui, ébranlant fortement toute l'économie, arrache l'homme à sa liberté intellectuelle, et produit l'exaltation la plus déplorable. Des appétits sensuels, accompagnés d'un état d'excitation nerveuse assez violent, se font tôt ou tard sentir, et alors la folie, le dégoût de la vie, des maladies nerveuses incurables, ne sont que trop souvent la suite de cette tendance perverse et fanatique, qui dans tous les temps s'est maintenue sous le voile de la religion; tendance que nous retrouvons dans les réunions des ménades et des corybantes, aussi bien que chez les chrétiens et les mahométans.

Les méthodistes anglais, dans quelques-unes de leurs ramifications, surpassent encore, s'il est possible, les convulsionnaires francais; nous voulons surtout parler des *jumpers*, chez lesquels il est encore plus difficile d'établir la ligne de démarcation entre l'extase et la monomanie religieuse, mais sur qui la sympathie exerce une influence plus pernicieuse encore sur les autres sectes mystiques. La secte des *jumpers ou sauteurs* fut fondée en Cornouailles, l'année 1760, par deux fanatiques, qui déjà à cette époque surent se faire un parti considérable. Leur doctrine, qui est celle des méthodistes en général, ne nous offre d'intérêt qu'en ce qu'elle leur enjoint d'entrer en extase pendant leurs exercices de dévotion, ce qu'ils effectuent de la manière la plus singulière. Après s'être mis, à l'aide de certaines paroles qui ne sont rien moins que significatives, dans un état que l'on pourrait appeler ivresse dévote, et pendant lequel ils semblent avoir perdu tout empire sur leurs sens, ils se mettent à sauter en faisant des gestes singuliers, qu'ils répètent avec les plus grands efforts, jusqu'au complet épuisement de leurs forces. Il n'est pas rare de voir des femmes se livrer, comme des ménades, à ces exercices de dévotion, jusqu'à ce qu'on soit obligé de les porter sans connaissance hors de la réunion, tandis que les autres membres de la communauté, en retournant dans leurs habitations éloignées, effraient les passans par le spectacle de leur démence. Ce ne sont jamais que quelques exaltés qui, par leur exemple, excitent à la danse les autres membres de ces réunions, qui ressemblent plutôt aux orgies les plus désordonnées qu'à des assemblées ayant pour but l'édification chrétienne.

Dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, les églises méthodistes subsistent déjà depuis environ soixante ans. Les rapports faits par des témoins dignes de foi sur ces assemblées religieuses, qui se tiennent en plein air (*camp-meetings*), et auxquelles assistent des milliers de personnes accourues des environs, surpassent toute croyance. Non-seulement on y retrouve le délire des convulsionnaires francais et des jumpers anglais, mais le bouleversement de l'esprit y atteint un degré bien supérieur encore. On a vu des femmes, succombant sous l'influence de l'extase et d'affreuses convulsions, accoucher violemment avant terme; d'autres, attérées par la violence de leur délire convulsif, se dépouiller en public de leurs vêtemens et se jeter à la rivière. Ils tombent par centaines sans connaissance, et tandis que chez les convulsionnaires francais, l'aboiement n'existait que dans quelques cas de folie déclarée, ici ce sont des foules entières qui se traînent à quatre, en hurlant et en grognant, comme pour manifester la dégradation profonde de l'humanité. Leurs enfans sont dans les *camp-meetings* témoins de cet enthousiasme frénétique, et comme la délicatesse de leurs nerfs les rend plus accessibles à l'influence sympathique, ils succombent également à ces violentes convulsions, dont ils ne comprennent pas la cause. Plusieurs d'entre eux conservent ainsi, toute leur vie, un ébranlement nerveux des plus violens, qui, causé par l'effroi et par une violente excitation, ne peut céder à l'art d'aucun médecin.

Mais c'est assez nous occuper de ces funestes égaremens qui altèrent encore aujourd'hui, chez tant de milliers d'hommes, la source de la vie, et renouvellent chez les peuples du dix-neuvième siècle, les scènes terribles du bouleversement moral, que présentait la danse de Saint-Guy, aux temps obscurs et reculés du moyen âge.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

NOVEMBRE 1834.

N° DU 15.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Existe-t-il des médicamens spécifiques ?

A ceux qui nient l'importance des théories et l'influence de celles-ci sur la pratique, il ne faut qu'opposer les révolutions qui, sous l'empire des doctrines dominantes, ont successivement changé la face de la thérapeutique. Selon que vous serez vitaliste, humoriste, organicien, empyrique, car vous avez nécessairement une doctrine, même à votre insu, vos procédés curatifs revêtiront des formes toutes particulières. Il n'est donc pas indifférent d'asseoir ses idées sur tel ou tel principe théorique; or, parmi les points fondamentaux de la science, il en est un qui suscite les plus graves réflexions, c'est la question des spécifiques. Ce mot, au premier aspect, paraît exclure toute idée de rationnalisme et dériver de l'empyrisme pur; cependant, si nous jetons un coup d'œil sur l'état de nos connaissances médicales, peut-être y puiserons-nous des motifs rationnels d'admettre cette classe de médicamens.

Voyons d'abord ce que nos devanciers ont compris par le mot *spécifiques*. Les anciens donnaient ce nom aux médicamens qui guérissaient sans provoquer d'évacuation critique, c'est-à-dire, en interprétant leur pensée, à ceux qui, pour ainsi dire, saisissaient corps à corps l'élément morbide et le neutralisaient sur place. Cette acception représente un des points de vue sous lesquels les spécifiques peuvent être envisagés; mais elle ne rend pas complétement l'idée que nous devons nous en faire.

Sauvages entendait par spécifique tout médicament ayant une action élective sur un organe déterminé; ainsi les céphaliques, les pectoraux, les stomachiques, etc. Il peut se faire qu'il existe des agens de cette nature; mais l'anatomie des tissus et la chimie organique nous permettent de préciser davantage.

Vogel appelait spécifiques les médicamens les plus efficaces contre telle ou telle maladie, cette définition empyrique n'est peut-être pas la plus mauvaise; mais les rigoristes prétendent qu'elle est trop vague, en ce qu'ainsi une maladie pourrait reconnaître plusieurs spécifiques, selon les individualités, et qu'un même spécifique pourrait convenir à plusieurs maladies.

Nysten comprend sous ce titre les remèdes inconnus dans leur mode d'action; à ce compte il y aurait bien peu de médicamens en dehors de cette classe.

Schwilgué nous paraît avoir pénétré plus intimement dans la question, en admettant comme spécifiques les médicamens qui s'adressent directement à la cause pour la détruire. Mais nous n'exigeons pas, nous, que l'agent détruise le mal : il nous suffit qu'il l'influence d'une manière qui lui soit propre, à lui et aux agens de même nature, car la guérison est une éventualité dépendante d'une foule de circonstances qui n'altèrent en rien la puissance absolue du remède.

L'acception la plus inconséquente, et celle pourtant à laquelle s'est arrêté le *servum pecus*, est celle donnée par le *Dictionnaire des Sciences médicales*, qui n'admet de spécifiques que les médicamens propres à guérir *sûrement* et *toujours* une maladie donnée. D'après cela, ce n'est pas faire un effort de génie que de conclure à la non existence des spécifiques absolus... comme si la dose du mal, qu'on nous passe l'expression, n'était jamais supérieure à la puissance du remède; comme si la maladie était toujours un élément simple qu'il suffit d'attaquer avec une arme simple et invariable !...

Quant à ceux qui, avec la doctrine physiologique, ne voient dans les maladies que des degrés variés d'irritation, il est tout clair qu'il ne faut pas leur parler de spécifiques, tout agent ne comportant pour eux qu'une propriété débilitante ou stimulante.

M. Chomel définit assez sagement le spécifique un remède doué d'une action *spéciale* pour suspendre la marche d'une maladie; c'est tout simplement constater un fait, c'est-à-dire comprendre les bornes de notre intelligence relativement aux propriétés occultes des médicamens.

MM. Delenset Mérat argumentent à la manière du *Dictionnaire des Sciences médicales*, et partant condamnent les spécifiques comme absurdes; mais ils ajoutent que, si nous ne possédons pas des spécifiques véritables, on ne peut nier que quelques médicamens n'agissent plus *spécialement* que d'autres sur telle ou telle maladie; c'est rentrer dans la doctrine de M. Chomel, c'est condamner une expression à laquelle on prête un sens inepte pour lui substituer un synonyme compréhensible à tout le monde; c'est, en un mot, faire justice d'une décevante logomachie.

Pour Hahnemann, tous les médicamens sont des spécifi-

ques, et nous serions tentés de nous faire homœopathes, si le réformateur n'ajoutait qu'un spécifique est un médicament capable de produire chez l'homme sain un ensemble de symptômes semblables à ceux de la maladie qu'il s'agit de combattre ; qu'il n'y a pas d'autres remèdes que ceux-là ; que la force du remède est en proportion inverse de la dose; que l'axiome *contraria contrariis* est faux et dangereux, et autres balivernes qui ne peuvent germer que dans un cerveau malade.

Pour faire apprécier les procédés intellectuels qui peuvent conduire à reconnaître des remèdes spécifiques, nous entrerons dans quelques considérations de philosophie naturelle et pathologique : 1° Et d'abord nous ne pouvons nous distraire de cette idée qu'une variété de forme et de composition dans un corps quelconque en suppose nécessairement une dans ses propriétés, ses facultés, son mode d'action, enfin, et ceci s'entend de tous les produits de la nature, organisée ou non; 2° c'est toujours avec un sentiment d'admiration et d'humilité que nous avons vu des principes de nature différente donner lieu, par leur combinaison, à d'autres corps ne participant nullement aux propriétés de leurs composans : ainsi l'acide sulfurique, poison, et la soude, poison, produisent le sulfate de soude, purgatif assez innocent; 3° ce n'est pas avec moins de surprise que nous voyons un changement de préparation dans un des composans donner lieu à des mutations extraordinaires dans les propriétés du produit : ainsi une proportion de chlore, combinée au mercure, donne un remède assez inoffensif, le calomel ; ajoutez une proportion de chlore, et vous avez un agent toxique des plus violens, le sublimé corrosif.

Dans notre candide respect pour les autorités, nous admettions pourtant les classes de remèdes symétriquement dessinées par les thérapeutes modernes, et nous consentions avec M. Barbier, d'Amiens, à ne voir que des toniques dans le quinquina, le grenadier, le fer; des narcotiques dans l'opium, la belladone, la ciguë ; des purgatifs dans le sulfate de soude, l'aloës, etc. Cependant nous voyions avec étonnement le quinquina guérir seul les fièvres intermittentes, le grenadier tuer merveilleusement le tænia, le fer dissiper seul la chlorose, la belladone dilater la pupille, ce que ne fait pas l'opium ; la ciguë répondre à des indications tout autres, le sulfate de soude provoquer des évacuations séreuses, et l'aloës des selles comme dysentériques. Mais voilà que d'habiles chimistes s'avisent de décomposer quelques substances des plus actives, et de demander aux réactifs le secret de leur action spéciale; d'où la quinine, la morphine, la strychnine et tant d'autres alcoloïdes dans lesquels il est démontré que résident ces vertus particulières. Alors nos idées sur la spécificité déduite des formes et de la composition nous revinrent plus opiniâtrément à l'esprit; car il résultait positivement de tout cela que certains agens thérapeutiques comportent une manière d'être qui les constitue agens spéciaux, agens qui peuvent rencontrer certains états de l'économie qu'ils sont appelés à modifier; en un mot, qu'il y a des spécifiques *in potentiâ*. Restent à découvrir les cas qui les réclament.

Cependant on nous répétait que tous ces principes immédiats étaient chose curieuse, et voilà tout; qu'ils n'agissaient du reste qu'en modifiant les propriétés organiques en plus ou en moins; que par fois pourtant leurs effets se propageaient, mais par pure sympathie. Néanmoins nous étions intrigués de voir des maladies patentes, la rougeole, la variole, la pustule maligne, etc., affecter constamment des formes déterminées, ce qui nous forçait à y voir, outre l'élément commun, l'inflammation, quelque chose de particulier, un *quid ignotum* tenant peut-être à une différence de cause, de siége, que sais-je ? Mais ce quelque chose nous permettait de supposer une indication spéciale possible; puis l'observation était là, récriminant contre la doctrine tyrannique de l'époque : nonobstant les clameurs du physiologisme, le quinquina n'en continuait pas moins de guérir la fièvre intermittente, le mercure la syphilis, le soufre les exanthèmes chroniques, les émétiques les affections bilieuses ; les cantharides n'en agissaient pas moins sur la vessie, la scille sur les reins, la digitale sur le cœur, le seigle ergoté sur l'utérus, l'iode sur les glandes, etc., etc. Bref, non-seulement nous nous trouvions entraînés à reconnaître des maladies spécifiques, mais encore nous voyions s'accomplir la prédestination de nos remèdes spéciaux.

Une nouvelle impulsion communiquée à la science devait raffermir nos convictions à cet égard. En effet, arrivèrent les expériences sur l'absorption, la transfusion. Les résultats obtenus par MM. Magendie, Tiedemann et Gmelin, Fodera, Dutrochet, Flourens, Ségalas, sur la pénétration et le transport des agens médicamenteux, nous permirent enfin de supposer qu'il pouvait y avoir une action immédiate, élective de la molécule médicinale sur la molécule vivante ; puis lorsque les expériences de MM. Gaspard, Leuret, Dupuy, Trousseau, Denis, Lecanu, et les observations de MM. Velpeau, Andral, Bouillaud, Piorry, Rochou, etc., nous eurent appris qu'en dépit des sarcasmes des solidistes purs, il existait de fait une pathologie humorale, nous nous demandâmes si ces fluides altérés n'étaient pas susceptibles d'être corrigés par addition, soustraction, combinaison de certains agens chimiques. Nous vîmes en effet invoquer la plasticité du sang pour expliquer les exsudations pseudo-membraneuses, sa liquidité pour interpréter les épanchemens, les flux séreux, son altération miasmatique dans les fièvres intermittentes et typhoïdes, sa décoloration dans la chlorose, la prédominance de certains de ses principes dans la gravelle et la goutte, etc.; de là l'emploi rationalisé des boissons abondantes ou de la diète des boissons, des chlorures, du fer, des alcalins, tous moyens spéciaux dirigés contre une affection déterminée. Dès-lors reprit faveur l'expérimentation paralysée par les doctrines exclusives ; les pharmaciens remontèrent leurs officines, et un vaste champ d'exploration vint s'offrir aux praticiens.

Nous voici donc arrivés à reconnaître en principe et en fait la multiplicité des remèdes spéciaux et des maladies de nature spéciale ; maintenant il nous est pénible d'avouer qu'entre ces maux et ces remèdes il est bien peu de relations constatées, et c'est là le grand argument des antagonistes de la doctrine des spécifiques : de ce qu'une maladie cède à plusieurs remèdes, et de ce qu'un remède, s'applique à plusieurs maladies, ils se croient autorisés à nier la spécificité, comme si l'obscurité qui règne à cet égard impliquait la nullité du fait. Nous ne reviendrons pas sur les preuves que nous avons empruntées à l'observation com-

mune, et quant aux irrégularités qui s'observent dans les résultats de telle médication dans telle affection donnée, elles tiennent sans doute à notre ignorance profonde sur l'essence réelle et les combinaisons possibles des élémens de la maladie. Tel remède approprié ne guérit pas toujours, de même que tel individu ne contracte pas, quoi qu'il fasse, telle affection manifestement et généralement contagieuse; telle maladie guérit par divers remèdes, de même que tel produit chimique s'obtient par divers procédés, et tel remède, au contraire, guérit diverses maladies, de même qu'un seul principe peut entrer dans diverses combinaisons. Les difficultés de la pratique ne consistent pas seulement à trouver le remède adapté à telle maladie; il est une considération non moins importante, c'est celle de l'opportunité. Aussi pensons-nous, comme Boerhaave, qu'un médicament ne peut être spécifique qu'alors qu'il est donné dans un temps convenable; ce temps est peut-être celui où le remède et l'agent morbide sont dans les meilleures conditions d'affinité.

Pour prêter à notre doctrine un appui plus solide que celui de notre opinion propre, nous terminerons par la profession de foi qu'a récemment émise M. Velpeau dans la première leçon de son cours de clinique chirurgicale. On y verra combien une opinion, d'abord paradoxale, peut acquérir de vraisemblance sous l'empire combiné du raisonnement et de l'observation.

Un des plus fâcheux effets des doctrines exclusives, dit le professeur, est de priver la thérapeutique d'une foule de moyens précieux. A ce sujet, il développe les idées qu'il se forme de l'essence des maladies, idées qui, dans bien des cas, restent dépourvues de preuves démonstratives, mais dont la probabilité se trouve alors fondée sur d'autres cas bien établis. Pour M. Velpeau, toute maladie suppose l'existence d'un agent morbide, d'une *épine* venue du dehors ou développée au-dedans de l'économie, et qui est la cause déterminante, formelle des phénomènes actuels. Or ces phénomènes varieront selon les attributs de cet agent insaisissable : selon son siége, sa quantité, surtout sa nature. Il est des cas où sa réalité n'est plus contestée, telles sont les affections miasmatique (fièvre intermittente), virulentes (variole, syphilis, plaies venimeuses). Dans mainte circonstance, cet agent détermine des phénomènes en tout semblables à ceux offerts par le sujet dont il émane. Un fait qui jette le plus grand jour sur la spécificité des maladies, c'est l'existence de l'acarus, récemment mise hors de toute contestation; car l'acarus est manifestement la cause formelle de la gale. Eh bien! vous bornerez-vous ici à combattre l'exanthème vésiculeux au moyen des antiphlogistiques? Vous le tenteriez en vain; car ce qu'il faut dans ce cas, c'est un moyen qui s'adresse à la cause, qui détruise l'acarus, moyen de toute autre nature que ceux indiqués par la phlegmasie. Autant on peut en dire de la variole, du furoncle, de la pustule maligne, où les antiphlogistiques réussissent tout au plus à calmer les accidens sans s'adresser à l'essence du mal. Mais l'agent morbifique supposé peut exister dans des conditions diverses : s'il est inoffensif de sa nature, il séjournera sans altérer les parties, telle une balle de plomb séquestrée dans l'épaisseur des tissus; si l'agent est susceptible d'être décomposé, usé, détruit spontanément, le temps le fera disparaître; d'autres fois l'élimination pourra s'en effectuer à l'aide des forces de réaction de l'économie : tel est le mécanisme de la guérison dans la plupart des maladies bénignes, inflammatoires ou autres. Si la présence de l'agent provoque la formation d'autres élémens hétérogènes, ceux-ci joindront leurs effets à la sienne propre et pourront lui survivre : telles sont les suppurations et les accidens qui peuvent en résulter. Or, chacun de ces cas comporte une indication particulière, spécifique; mais comme le plus souvent nous ne connaissons pas les *neutralisans* directs à mettre en usage, reste la méthode appelée rationnelle, à laquelle, dit le professeur, nous aurons largement recours, mais sans exclure les moyens que l'expérience nous offrira comme plus directement efficaces, et qui seront pour nous des spécifiques. Nous n'oublierons pas cependant qu'il est souvent difficile de faire la part du remède et celle de la nature médicatrice, et ce ne sera qu'après des épreuves variées et souvent répétées que nous consentirons à reconnaître aux médicamens des vertus spécifiques.

On voit que la doctrine de M. Velpeau concorde avec celle de MM. Chomel, Delens et Mérat et avec la nôtre, c'est-à-dire que le mot spécifique est pour lui synonyme de spécial; on voit de plus qu'il n'est pas impossible de rationaliser même l'empyrisme. Or, tel est le but vers lequel doivent tendre nos efforts; car la médecine, comme science, approchera d'autant plus de la perfection que moins de faits resteront en dehors du raisonnement.

Conclusion : il existe des médicamens spécifiques, si l'on interprète ce mot dans le sens qui est le seul raisonnable; c'est-à-dire que par le fait de leur diversité d'action, les différens remèdes peuvent correspondre à des indications particulières qui elles-mêmes dérivent des formes spéciales des maladies. Peu de médicamens spécifiques ont été découverts; mais ceux-là même nous indiquent combien il nous en reste à conquérir. F.-T.

Du tænia chez les enfans, et de leur traitement par l'écorce de racine de grenadier.

On attribuait jadis une grande influence aux entozoaires sur la production des maladies de l'enfance. Les vers et le travail de la dentition étaient les deux causes auxquelles on rapportait presque tous les accidens qui s'observaient dans les premières années de la vie; aussi la plupart des médecins réduisaient-ils toutes leurs indications à favoriser l'éruption des dents et l'expulsion des vers intestinaux. De là, l'emploi des vermifuges qui, pris pour la plupart dans la classe des drastiques, aggravaient souvent le mal au lieu de le diminuer; mais depuis qu'on a appliqué aux maladies de l'enfance les méthodes d'investigations qui ont si puissamment contribué au perfectionnement du diagnostic dans les affections de l'âge adulte, les causes que nous venons de signaler ont beaucoup perdu de leur importance. Le nombre des accidens qu'on attribuait aux vers est singulièrement diminué. Peut-être quelques praticiens seront-ils étonnés d'apprendre que l'on ne fait que très-rarement usage des anthelmintiques à l'hôpital des enfans. Depuis deux ans nous avons recueilli

l'observation de quinze cents malades ; à peine s'en trouve-t-il cinq, sur le nombre, qui aient été soumis à l'emploi des vermifuges. Nous n'avons observé dans aucun cas des accidens graves causés par la présence des vers ; et, sans rejeter tous les faits mentionnés par les auteurs, nous croyons qu'à une autre époque on a attribué aux vers intestinaux des accidens dont un examen plus approfondi aurait montré la source dans des lésions plus ou moins profondes des organes. Ainsi nous avons récemment ouvert le cadavre d'une jeune fille qui a succombé à une affection cérébrale ; elle avait rendu plusieurs fois des vers pendant la vie, et après la mort nous en trouvâmes plusieurs dans les voies digestives. Les parens et le médecin qui le premier lui avait donné les soins, s'obstinaient à rattacher à l'existence des vers les convulsions, le délire et la paralysie qui précédèrent la mort. Nous trouvâmes chez ce sujet des tubercules dans le cerveau, avec un ramollissement de cet organe. Un autre qui était tourmenté par un mouvement fébrile intense, des nausées, des vomissemens, du délire et une vive douleur épigastrique, rendit deux vers par la bouche ; leur expulsion coïncida avec un amendement des symptômes. Nous fûmes d'abord portés à attribuer ces accidens à la présence des vers ; mais l'éruption d'une variole confluente qui se manifesta en même temps, nous fit remonter à leur véritable source. Nous pourrions citer plusieurs faits analogues.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte surtout aux ascarides lombricoïdes, qui sont de tous les entozoaires les plus communs dans l'enfance, et ceux contre lesquels les parens et souvent les médecins déploient tous les moyens anthelmintiques ; nous n'avons à nous occuper dans cet article que du tænia, qui s'observe avant l'âge de puberté, beaucoup plus fréquemment qu'on ne croit. Dans l'espace de six semaines, nous en avons observé trois cas à l'hôpital des Enfans ; ils étaient relatifs à des sujets de cinq, six et onze ans. En faisant le dépouillement des observations rapportées par M. Mérat dans son traité du tænia et de sa cure radicale par l'écorce de grenadier, nous avons noté douze enfans au-dessous de quinze ans sur cinquante-deux malades dont l'âge a été noté ; l'un d'eux était à peine âgé de quatorze mois.

Parmi les observations que nous avons recueillies, nous choisissons la suivante.

Obs. I. Victoire Dugas, âgée de six ans, d'une assez forte constitution, née à Paris, fut admise à l'hôpital le 27 septembre 1834. D'après les renseignemens fournis par ses parens, cette jeune fille n'a point été sujette aux vers dans les premières années de sa vie ; elle n'a jamais éprouvé de maladie grave. A l'âge de deux ans, elle fut emmenée par sa famille à Alger, et ce fut environ un an après son arrivée dans cette colonie, qu'elle commença à rendre quelques anneaux de tænia cucurbitan. Dans les trois années qui suivirent, elle rendit fréquemment des portions du même entozoaire. Les parens en conservèrent une certaine quantité dans une bouteille, qui fut soumise à notre examen le jour de l'admission de la malade à l'hôpital. Du reste sa santé n'avait pas été notablement altérée ; elle conserva des forces et de l'embonpoint ; l'appétit fut toujours vif ; dans les deux derniers mois, quelques vomissemens eurent lieu avec quelques alternatives de diarrhée et de constipation ; des douleurs abdominales se faisaient sentir par intervalles. Examinée à la visite du 28, cette jeune fille nous offre toutes les apparences de la santé ; l'expression de la physionomie est naturelle, les pupilles médiocrement dilatées, pas de cercle livide autour des yeux, léger prurit à la base du nez ; la langue est large et humide, l'haleine non fétide, l'appétit conservé ; le ventre est souple et indolent ; les selles ne sont pas diarrhéiques ; la chaleur de la peau est normale ; le pouls donne quatre-vingt-douze pulsations par minute, il n'est ni irrégulier ni intermittent. Les fonctions de l'appareil respiratoire et du système nerveux ne présentent pas de trouble appréciable. Dans la journée la malade rend deux anneaux d'un ver plat, ayant chacun huit lignes de longueur et quatre lignes de largeur. On prescrit pour le lendemain :

Prenez : Écorce de racine de grenadier concassée. . une once et demie.

Faites macérer pendant vingt-quatre heures dans une livre et demie d'eau commune, et faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Passez et divisez en trois doses égales à prendre de demi-heure en demi-heure.

Huile de ricin. . . . . une once.

A prendre deux heures après la dernière dose d'écorce de grenadier.

Le 30, la première verrée est prise sans répugnance ; la deuxième et la troisième sont rejetées en partie par le vomissement. Une portion de tænia de deux pieds de longueur est expulsée après la dernière prise. Une autre portion de six pieds et demi suit l'administration de l'huile de ricin. La tête ne se trouve pas dans les portions excrétées. Il n'y a qu'une partie du cou.

Le 1er octobre, on renouvelle la même prescription. Les matières excrétées avaient été jetées par mégarde ; nous n'avons pu savoir si la tête avait été rendue.

Le 4, la malade prend la même quantité de décoction de grenadier et d'huile de ricin ; les matières ne contiennent aucun fragment de ver. Elle reste à l'hôpital jusqu'au 10 octobre sans éprouver le moindre malaise et sans rendre aucune portion d'entozoaire.

A cette observation nous en joindrons une autre recueillie par le docteur Bourgeois sur un enfant de trois ans.

Obs. 2. Mlle Faure, âgée de trois ans moins un mois, demeurant rue du Bouloy, n° 19, rendait depuis un an à treize mois des portions de tænia ; son médecin était parvenu, au moyen du remède modifié du professeur Bourdier, à en expulser des bouts plus ou moins considérables. Cet enfant buvait habituellement une décoction de racine de fougère mâle et de sommités de houblon. Le 22 août, je vis l'enfant pour la première fois ; depuis huit jours, ses selles ne contenaient plus de cucurbitains. Je voulus attendre qu'elle en rendît de nouveau pour la traiter.

Le 28, elle rendit une seule selle contenant quatre à cinq cucurbitains ; le jour même, à 9 heures du jour, je fis prendre :

Huile de ricin. . } aa demi-once.
Sirop de limon. . }

et ensuite du bouillon aux herbes.

Le 29 à six heures du matin, elle prit en trois fois, mettant trois quarts d'heure de distance entre les prises, la décoction suivante :

Écorce de racine de grenadier. .	demi-once.
Eau commune.	8 onces.

Mêlez et faites réduire par l'ébullition à quatre onces; deux heures après la dernière prise, l'enfant rendit une seule selle qui contenait un tænia entier, mou et pelotonné, de la longueur d'environ 6 pieds. La petite malade éprouva quelques nausées sans vomissemens, coliques ni diarrhée.

Ces faits suffisent pour attester la propriété tænifuge de l'écorce du grenadier. Ce remède n'est connu en France que depuis quinze à dix-huit ans. Cependant les anciens avaient signalé cette merveilleuse propriété de la racine du *punica granatum ;* car on trouve dans *Dioscoride* la phrase suivante, que nous copions textuellement. *La décoction de racine du grenadier prise en breuvage tue les vers larges du corps et les fait sortir.* Pline, Celse et Marcellus Empiricus lui attribuaient la même efficacité. Ce n'est pourtant que dix-huit ans après la mort de Dioscoride que cette propriété du grenadier a été retrouvée. Le premier travail publié en France est la traduction d'un mémoire de Gomer, médecin portugais, qui parut en 1822. Ce médecin, qui avait employé cette substance avec succès chez un grand nombre de malades, s'assura, par une série d'expériences, que la décoction de grenadier était un poison pour le ver solitaire; il plongea plusieurs de ces entozoaires dans divers liquides anthelmintiques, et il acquit la certitude que de toutes ces préparations, la décoction de grenadier était la plus meurtrière.

Depuis la publication du travail de Gomer, les expériences se sont multipliées en France ; elles ont été on ne peut plus favorables. Ce médicament est aujourd'hui regardé comme le véritable spécifique contre le tænia. Toutes les autres préparations sont à peu près abandonnées.

Voici la dose et le mode d'administration généralement employés. On prend la racine fraîche de grenadier, on détache par copeaux l'écorce qui la recouvre (1), on la fait macérer le soir dans une livre et demie ou deux livres d'eau jusqu'au lendemain, qu'on fait ensuite réduire par l'ébullition de moitié; on passe le tout en exprimant fortement le marc, puis on fait boire cette décoction tiède dans la matinée, le malade étant à jeun, en trois doses égales d'heure en heure. La dose de racine de grenadier est de deux onces pour un adulte; d'une once à une once et demie pour les enfans de six à quinze ans, et d'une demi-once pour les enfans au-dessous de six ans.

Quelques médecins font précéder, et d'autres font suivre l'emploi du grenadier de l'administration de l'huile de ricin ou de tout autre purgatif. Les premiers donnent l'huile de ricin dans le but de nettoyer le tube digestif, de débarrasser le tænia des matières fécales qui peuvent l'entourer, et de le mettre à nu le plus possible, afin que la décoction tænifuge agisse sur lui plus efficacement. Ceux qui font suivre la décoction de grenadier d'un évacuant pensent que le premier médicament tue le ver, et qu'il est nécessaire, pour l'expulser, de recourir à un purgatif. M. Mérat blâme l'emploi des évacuans; il les croit au moins inutiles.

Pour assurer la réussite de la décoction du grenadier il faut :

1° Qu'elle soit administrée aux doses et dans les circonstances indiquées ci-dessus, sans addition de sucre ou de sirop qui en altéreraient les propriétés;

2° Que le malade ne prenne aucune boisson pendant que le remède agit, ou du moins qu'il ne fasse usage, s'il est tourmenté par des coliques ou des tranchées, que d'une infusion de tilleul ou de chiendent *non sucrée;*

3° Que le remède ne soit prescrit que le jour ou le lendemain du jour où les malades rendent des portions de tænia ;

4° Que le tube digestif soit exempt de phlogose.

T. CONSTANT.

(1) On peut aussi employer l'écorce de grenadier sèche, qu'on fait macérer après l'avoir concassée. Il n'est pas du tout démontré que la dessiccation altère la propriété ténifuge de l'écorce de grenadier. Elle a été employée sèche dans les divers cas que nous avons observés dans les hôpitaux de Paris. Le seul inconvénient à craindre, c'est la sophistication; car on trouve dans le commerce des écorces de grenadier mêlées avec celle de buis, d'épine-vinette et de câprier.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des ulcères atoniques des jambes avec le coton cardé.

Depuis la plus haute antiquité, le traitement des ulcères atoniques des jambes a fixé l'attention des chirurgiens. La multitude des médicamens qu'on a, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, mis en usage pour guérir cette classe de maladies, nous indique assez qu'on a dû fort souvent éprouver de grandes difficultés à les maîtriser. D'autre part, l'oubli complet dans lequel sont tombés la plupart de ces remèdes topiques, comme tous ces emplâtres miraculeux et bizarres qu'on trouve dans les livres des Arabes, nous atteste suffisamment leur inefficacité. Ce n'est, à vrai dire, que depuis un siècle à peu près, époque où l'ancienne académie de chirurgie brillait de tout son éclat, qu'on a bien compris la marche rationnelle à suivre dans le traitement des ulcères atoniques des jambes. On a senti que deux conditions devaient être essentiellement observées pour bien traiter cette maladie : 1° modifier convenablement la constitution suivant le circonstances qui entourent le malade et son idiosyncrasie ; 2° panser l'ulcère méthodiquement. Cette dernière condition a été différemment remplie par les chirurgiens de différentes nations. Ainsi, la chirurgie française et italienne, par exemple, avaient, jusqu'à ces dernières années, adopté pour la plupart des cas les pansemens simples avec de la charpie sèche; la chirurgie anglaise, de son côté, venait d'expérimenter les bons effets de la compression pratiquée à nu sur

la surface ulcérée, à l'aide de bandelettes agglutinatives de diachylon ou de *vigo cum mercurio*. Aussi la méthode de Bayton s'est-elle en peu d'années répandue chez nous, de même qu'en Italie et en Allemagne.

Le Bulletin de Thérapeutique a plusieurs fois eu l'occasion d'entretenir ses lecteurs de ce mode de pansement; et nous avons, il n'y a pas long-temps, fait connaître les résultats satisfaisans que M. Ph. Boyer venait d'obtenir au Bureau central des hôpitaux, en pansant les ulcères à la Bayton, et en permettant aux malades de marcher en même temps. Nous avons fait ressortir les avantages immenses que cette méthode offrait aux malades, à cause de la possibilité où ils sont de vaquer à leurs affaires, et de ne s'astreindre à renouveler leur pansement qu'une fois par semaine.

Ces faits ayant donc prouvé que la condition de tenir les malades au lit n'était pas indispensable pour obtenir la guérison des ulcères, et, en outre, qu'il y avait un grand avantage de ne renouveler le pansement que le plus rarement possible, il était tout naturel de penser qu'un mode de traitement qui, tout en remplissant ces indications permettrait au malade de se panser lui-même et de n'avoir recours au chirurgien que de temps en temps seulement, serait un véritable service. On obtient ce résultat du pansement avec le coton cardé. Expliquons-nous sur ce sujet.

M. Mayor, de Lausanne, est peut-être le premier qui a eu l'idée de remplacer la charpie par du coton cardé, pour panser les ulcères atoniques des jambes. M. le professeur Roux ayant, dans son dernier voyage, observé avec satisfaction à Lausanne le mode de pansement dont il est question, s'est empressé de l'importer chez nous et de le mettre de suite en usage à l'hôpital de la Charité. Trois malades sont dans ce moment traités dans cet hôpital à l'aide de cette substance. Voici ce que nous avons pu remarquer.

Il s'agit de trois malades, dont l'un est un vieillard ayant un ulcère ancien à la partie inférieure interne de la jambe, d'une étendue très-considérable (quatre à cinq pouces de diamètre); les deux autres malades ont de quarante à cinquante ans, et présentent tous deux plusieurs ulcères atoniques assez larges aux membres pelviens. Pour tout pansement, on n'a fait autre chose chez ces trois sujets que couvrir leurs ulcères avec du coton cardé, en quantité suffisante pour matelasser en quelque sorte la partie dans l'épaisseur d'un bon pouce; une compresse en plusieurs doubles par-dessus et une bande, voilà tout. Les jours suivans, le coton paraissant imbibé et mouillé de pus dans le milieu de l'ulcère, on en a exprimé celui-ci à l'aide d'une légère pression exercée avec le plat d'une spatule, et l'on a mis d'autre coton cardé par-dessus le premier. Lorsque tout le coton a paru trop trempé par le pus de l'ulcère, on a ôté avec une pince celui du milieu, qui en était le plus imbibé, et l'on en a ajouté d'autre, sans toucher au coton de la circonférence de l'ulcère, qui est toujours demeuré sec. Après quelques jours d'instruction, ces malades pansaient eux-mêmes leurs ulcères, en ajoutant tous les jours ou tous les deux jours une nouvelle couche de coton cardé par-dessus les premières. Actuellement, treizième jour du traitement, les petits ulcères sont presque entièrement cicatrisés; le très-grand ulcère du vieillard a subi un changement en mieux fort remarquable; sa circonférence est resserrée de beaucoup; sa surface est devenue bourgeonneuse et vermeille, et la guérison marche à grands pas. Pour bien renouveler les pansemens, il faut avoir l'attention de ne jamais ôter le coton sec qui est fortement attaché à la circonférence de l'ulcère. Ces essais seront sans doute multipliés; nous nous ferons un devoir de mettre nos lecteurs au courant des résultats.

Le coton cardé, mis en contact avec une surface ulcérée, agit très-probablement en stimulant la vitalité de la même manière que les bandelettes de Bayton. Le coton cependant nous paraît offrir cet avantage réel sur les bandelettes de diachylon, c'est qu'il se colle fortement à la surface de l'ulcère, forme corps avec lui-même par l'albumine qui est sécrétée à sa surface, et constitue, pour ainsi dire, une sorte de tégument artificiel, sous lequel la cicatrice a le temps de se former. Tandis que les bandelettes de Bayton, outre qu'elles se relâchent après quelque temps de leur application, manquent absolument de la propriété d'absorber continuellement le pus, comme le coton, et de le transmettre au-dehors à mesure qu'il se forme. Ajoutez que la pose des bandelettes par la méthode anglaise exige une main exercée, tandis que tout le monde saura matelasser de coton une surface ulcérée. Le bas prix des pansemens faits avec le coton cardé mérite aussi d'être pris en considération pour certaines classes de personnes, et surtout pour les hôpitaux. Du reste, ce serait un moyen de plus à ajouter à la liste des remèdes qu'on connaît déjà pour traiter les ulcères chroniques des jambes.

D'après les observations que nous avons pu faire jusqu'à ce jour touchant le mode de pansement dont il est question, nous pensons que, si les nouveaux essais qu'on va faire répondent aux espérances que M. Mayor nous en a fait concevoir, le coton cardé méritera peut-être la préférence sur les bandelettes de diachylon. Il est bon d'ajouter que les trois malades dont nous venons de parler sont restés toujours couchés pendant le traitement; mais nous croyons que rien n'empêchait de les faire lever, marcher et travailler au besoin : c'est, du reste, à l'expérience à confirmer ou à infirmer ce dernier point (1). T.

Quelques préceptes sur la manière d'extraire les corps étrangers de la chambre antérieure de l'œil.

On croirait à peine, au premier aperçu, que l'extraction des corps étrangers de la chambre antérieure de l'œil exigeât plus de précautions et de connaissances qu'on n'en a indiqué à ce sujet dans les livres, tant la chose paraît simple et facile. Il y a cependant tant de circonstances particulières et importantes à prévoir pour bien réussir, et surtout pour ne pas nuire, dans cette petite opération, que nous ne

---

(1) M. Rollande, médecin à Château-Renaud (Bouches-du-Rhône), a déjà publié dans ce journal plusieurs observations remarquables de brûlures traitées par la simple application de coton écru.

croyons pas inutile de consigner dans cet article les résultats de notre propre observation et expérience en cette matière.

Les corps étrangers qui pénètrent dans la chambre antérieure de l'œil peuvent avoir une double source; les uns viennent de l'intérieur même du globe de l'œil, tel que le cristallin déchatonné ou lavé et passé au devant de la pupille, certains hypopyons, etc.; les autres viennent du dehors.

Les corps étrangers provenant du dehors et qui s'arrêtent dans la chambre antérieure de l'œil, n'y pénètrent ordinairement qu'à travers la cornée transparente. Ils pourraient à la rigueur aussi y pénétrer par la sclérotique, ainsi que nous en connaissons des exemples : ceci rend le cas beaucoup plus grave ; car la rétine serait inévitablement comprise dans la blessure.

Il n'est pas absolument nécessaire que ces corps soient pointus pour percer la cornée sans vider le globe de l'œil. On sait que le menu plomb de chasse a été cent fois observé dans la chambre antérieure de cet organe, tant sur l'homme que sur les animaux. Un cas fort singulier de ce genre est le suivant. Un homme fut blessé à la tête, d'un coup de fusil; deux petits plombs, originellement joints ensemble, pénètrent dans la cornée, de manière qu'un de ces grains plongea dans la chambre antérieure, l'autre resta au-dehors sur la conjonctive; le trou de la cornée étrangle tellement le point d'union des deux plombs, qu'en tirant avec une pince sur le grain extra-cornéen, on pouvait faire bomber en avant l'œil entier sans déplacer nullement le corps étranger. Mais, en général, on peut dire que les corps qui franchissent la cornée pour s'arrêter au-devant de l'iris sont ordinairement plus ou moins pointus. Des échardes de bois, des pointes, métalliques, des fétus de paille ou d'épi très-pointus, des écailles de pierre, des petits morceaux de verre, de faïence, etc., telles sont les espèces de corps étrangers qui pénètrent ordinairement dans l'organe visuel.

Une chose digne de remarque dans tous ces cas, c'est que la plaie de la cornée a une grande tendance à se cicatriser promptement au-devant du corps étranger; celui-ci se couvre alors de lymphe coagulable, et se trouve en peu de jours comme enveloppé d'un kyste. Cela rend la présence du corps étranger de moins en moins irritable pour l'organe oculaire. Un enfant, âgé de cinq ans, tombe, il y a trois semaines, avec un pot de faïence à la main; un petit morceau pointu de ce corps, gros comme une lentille, lui perce la cornée, et se place entre cette membrane et l'iris; l'enfant est conduit chez un oculiste qui, par une étrange bévue, méconnaît le corps étranger : les symptômes d'irritation se dissipent en peu de jours, la cornée est cicatrisée, et l'enfant, au bout de trois semaines, n'est qu'à peine gêné par la présence de ce corps; seulement il ne voit pas de cet œil, car la pupille est obstruée par sa présence. Apporté à l'hôpital de la Charité, on a pratiqué une incision comme pour l'extraction de la cataracte, et l'on a retiré le corps étranger, bien qu'avec assez de peine, à cause des adhérences que son enveloppe plastique lui avait déjà fait contracter entre l'iris et la cornée.

Nous ne nous appesantirons pas ici sur les phénomènes qui accompagnent la présence d'un corps étranger dans la chambre antérieure de l'œil : il nous suffit d'une simple inspection oculaire pour s'orienter sur la nature du mal. Nous ferons cependant deux remarques à ce sujet : la première c'est que, dans certains cas particuliers, des médecins peu attentifs ont confondu ces corps étrangers avec d'autres maladies, telles que le leucoma, l'hypopyon, etc. Wentzel a observé un fétu de paille enchâssé depuis long-temps entre les lames de la cornée, qui avait été pris et traité pour une tache de cet organe; nous avons, en 1829, extrait une cataracte luxée et passée dans la chambre antérieure, qui avait été traitée pour hypopyon dans plusieurs hôpitaux de Paris : les docteurs Bertin et Colon furent présens à l'opération. La seconde remarque à faire, c'est que jamais la procidence de l'iris n'est à craindre à travers ces blessures de la cornée, car la présence du même corps étranger s'oppose à la descente de la membrane irienne; aussi la plaie de la cornée se cicatrise-t-elle promptement au-devant de ce corps.

Pour bien réussir dans l'extraction d'un corps étranger de la chambre antérieure de l'œil, il faut examiner d'abord les circonstances suivantes, savoir : 1° s'il présente une pointe en dehors de la cornée, saisissable ou non avec des pinces; 2° si le corps est flottant ou non dans l'humeur aqueuse; 3° s'il est engagé en partie ou en totalité entre les lames de la cornée. Il faut en outre s'informer de la nature de ce corps, de sa figure, du temps de son existence dans l'œil, des circonstances qui l'y ont fait pénétrer, des symptômes que le malade éprouve actuellement, etc. C'est de l'ensemble de toutes ces connaissances que dépend la réussite plus ou moins facile de l'opération.

En général, si l'œil est extrêmement intolérant, enflammé, qu'il y ait de la fièvre, etc., il ne faut pas s'obstiner à maltraiter l'organe par des tentatives probablement infructueuses : ces manœuvres intempestives pourraient avoir les suites les plus fâcheuses. Il faut donc d'abord combattre l'état spasmodique, irritatif et inflammatoire, à l'aide des antiphlogistiques généraux et locaux, et surtout au moyen de l'arrosement continu d'eau froide. On couvrira toute la région oculo-fronto-temporale d'une large compresse molle et fine en plusieurs doubles, et l'on versera continuellement dessus de l'eau froide à l'aide d'une éponge. Cette médication nous a été d'un grand secours dans plusieurs cas de ce genre, que nous avons eus à soigner. Deux ou trois jours après, cet état de surexcitation étant tombé, on pourra agir avec plus de chances de réussite, et avec moins de danger pour l'œil.

L'expérience nous a appris dans ces cas que, pour bien opérer, il faut que le malade soit couché sur une table garnie d'un matelas, et non pas assis, ainsi qu'on a l'habitude de le faire. La tête, étant ainsi appuyée sur un oreiller mince et dur, peut être plus sûrement assujettie que dans toute autre position; le tronc le sera également mieux, surtout s'il s'agit d'un enfant indocile. Ajoutez à cela que, d'après notre propre observation, l'humeur vitrée ayant, dans ces circonstances, une grande tendance à s'échapper au-dehors, la position que nous prescrivons est plus propre que toute autre à prévenir cet accident.

Le corps étranger présente-t-il une pointe au dehors? Nul doute qu'il faut saisir cette pointe à l'aide de pinces conve-

nables et tirer dessus ; mais ceci n'est pas toujours praticable. Cette partie saillante est assez souvent réfractaire à nos pinces les mieux faites. Fabrice de Hilden ayant fait d'inutiles tentatives pour extraire un corps métallique de la cornée d'un homme, eut, par conseil de sa femme qui était sage-femme, recours à l'application d'un fer aimanté, et la pointe métallique fut, à en croire cet auteur, arrachée sur-le-champ. En 1829, j'assistai Forlenze, oculiste à Paris, dans une opération de ce genre: après trois quarts d'heure d'essais pénibles et douloureux, le corps étranger, qui était une écharde de bois, ne put être saisi le moins du monde. Quelques jours plus tard, la jeune dame qui présentait ce cas fut délivrée de son accident à l'aide d'une incision de la cornée comme pour la cataracte, pratiquée au niveau du corps qu'on voulait extraire. Nous avons eu aussi, il y a quelques années, un cas analogue au précédent ; nous avons été obligé de le traiter également par l'incision de la cornée au niveau du corps étranger. Si cependant la pointe de ce corps répondait au centre de la cornée, il faudrait éviter d'inciser cette membrane sur ce niveau ; car la cicatrice consécutive obstruerait une partie de la sphère visuelle de la pupille. On peut, dans ce cas, fendre largement la cornée sur un côté de sa circonférence, renverser le lambeau, à l'aide d'une aiguille aplatie comme une petite spatule, et saisir le corps étranger avec des pinces ou érignes appropriées. Après l'opération, l'œil sera toujours exposé à l'arrosement continu d'eau froide.

Le corps étranger est-il simplement et totalement engagé entre les lames de la cornée, comme dans le cas de Wentzel ci-dessus cité ? Il faut couper la cornée dans la direction du même corps et jusqu'à sa profondeur seulement : ensuite l'extraire à l'aide de pinces, d'érignes, de curettes convenables, etc. Le traitement consécutif est le même que dans le cas précédent.

Dans le cas où le corps étranger est entièrement cantonné dans la chambre antérieure, deux circonstances peuvent accompagner sa présence : ou il est comme enchâssé et presque adhérent entre l'iris et la cornée, ainsi que nous venons de le voir dans le cas de l'hôpital de la Charité ; ou bien il est flottant dans l'humeur aqueuse, et suit les mouvemens de l'œil. L'indication est la même dans les deux cas, mais l'exécution est différente. Il s'agit comme on le voit d'ouvrir la cornée. Mais, dans le premier cas, la cornée doit toujours être ouverte du côté opposé à celui où le corps étranger se trouve enchâssé ; car sa présence s'opposerait au libre passage du bistouri. Ainsi, par exemple, je suppose qu'un corps assez volumineux existe à la partie basse de la chambre antérieure ; il faut pour l'extraire ouvrir la cornée à la partie supérieure, renverser le lambeau et saisir le corps. C'est ce que nous fîmes avec succès dans le cas de cataracte luxée, cité plus haut. Pour cela nous incisâmes la cornée avec un bistouri à cataracte en nous plaçant derrière la tête du malade. Je suppose, maintenant, que le corps occupe la partie externe supérieure de la chambre cornéo-irienne comme dans le cas de l'enfant de l'hôpital : qui ne voit que dans cette circonstance on ne doit inciser la cornée que sur le côté nasal de sa circonférence, etc. ? Dans le second cas, au contraire, c'est-à-dire, lorsque le corps est flottant dans l'humeur aqueuse, la simple incision inférieure de la cornée, analogue à celle qu'on pratique pour la cataracte, suffit pour donner issue au corps étranger, qui est ordinairement entraîné au dehors par la sortie même de l'humeur rétro-cornéenne. Dans tous les cas, du reste, il est toujours bon d'être pourvu de différens petits instrumens propres à déplacer ou accrocher le corps étranger, tels que curettes, spatules, érignes, pinces de différentes formes et longueurs, ciseaux courbes, stylets boutonnés, aiguilles à cataracte, etc. On voit déjà bien par le titre de cataracte que nous n'avons pas voulu traiter ici des suites de la présence des corps étrangers dans la chambre antérieure de l'œil, telles que taies, fistules de la cornée, ophthalmies chroniques, etc. Ces détails appartiennent à l'histoire des blessures de l'œil, dont nous nous proposons de parler dans une autre occasion.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi des chlorures dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Ce que j'ai lu dans plusieurs journaux de médecine sur l'emploi des chlorures dans le traitement des affections typhoïdes me rappelle la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser en février 1832, dans laquelle je vous disais avoir obtenu de bons effets des lavemens chlorurés dans une épidémie de dothinentérie que j'ai eu l'occasion de traiter à l'hôpital militaire de Neuf-Brissac.

Je ne viendrais pas aujourd'hui réclamer contre la non-insertion du paragraphe de ma lettre ayant trait à cette médication, si je n'avais, depuis cette époque, recueilli plusieurs faits qui confirment mes premières observations, et si je ne considérais comme un devoir de publier tout ce qui peut être de la moindre utilité dans le traitement de cette grave maladie, dont la thérapeutique, malgré les efforts de plusieurs médecins distingués de notre époque, ne repose pas encore sur des bases bien solides.

Oui, ainsi que je l'ai dit dans la lettre que je viens de citer, les lavemens chlorurés m'ont toujours paru produire de bons effets dans les ulcérations qui succèdent aux éruptions intestinales, surtout quand elles ont leur siége au-dessous de la valvule iléo-cœcale. C'est sous l'influence de ce médicament, administré vers la fin du deuxième septenaire, que j'ai vu céder des diarrhées qui étaient alors le symptôme dominant de la maladie. C'est peu après son emploi que j'ai vu l'état de gravité diminuer d'une manière sensible, et les malades marcher à grands pas vers la convalescence.

Les chlorures agissent d'une manière puissante sur certains ulcères extérieurs, en hâtant leur cicatrisation ; pourquoi ne produiraient-ils pas un effet analogue sur ceux qui résultent de l'exulcération des boutons dothinentériques ? Telle est la réflexion qui m'a conduit à essayer ce modificateur. Le remède, dira-t-on, ne peut être si facilement ni aussi constamment mis en contact avec le mal. Cela est vrai ; mais en renouvelant les injections intestinales trois à quatre

fois et même davantage dans les 24 heures, et ne les faisant pas trop copieuses, pour qu'elles soient mieux conservées, on remédie jusqu'à un certain point à cet inconvénient.

Je ne prétends pas indiquer ici un moyen curatif de l'affection typhoïde; je signale tout simplement un remède contre l'éruption intestinale, que je ne prends qu'à la fin du deuxième septénaire; car, si on veut admettre, avec plusieurs praticiens, que cette éruption ne constitue pas la maladie, qu'elle n'en soit qu'une conséquence, une complication, ce ne serait pas, je pense, une raison pour négliger de la combattre. Il suffira, pour en sentir l'importance, de se rappeler que la mort, dans bien des cas, a été le résultat de la perforation du tube digestif.

Sans avoir la prétention de résoudre la question que je viens de soulever, je dois dire à cette occasion, que *tous* les malades qui ont succombé à l'épidémie de Neuf-Brissac ont présenté des ulcérations plus ou moins nombreuses vers la fin de l'iléon, à la valvule iléo-cœcale, et dans toute l'étendue du gros intestin. J'en appelle au témoignage de M. le docteur Heitz, chirurgien aide-major au 38e de ligne, qui a bien voulu m'aider dans la plupart des autopsies.

Dans une autre épidémie fort meurtrière qui a sévi contre les malheureux Français entassés sur les pontons en rade de Cadix, à la suite de la capitulation du général Dupont, j'ai eu le triste privilége d'observer le typhus avec ses caractères les plus tranchés, je pourrais dire avec toutes ses horreurs; et les nombreuses ouvertures de cadavres que nous avons faites ont *toujours* présenté des désordres effrayans dans l'appareil digestif, et surtout dans la moitié inférieure de l'intestin. Dans bien des cas, toute l'étendue de cette portion du tube intestinal ne présentait qu'un vaste ulcère gangréneux. Les lésions que nous avons rencontrées dans d'autres organes étaient en général peu de chose, comparées à celles-ci. Le poumon était assez souvent affecté d'un état inflammatoire qui ne semblait s'être développé que consécutivement à la maladie principale. J'en appelle également, pour l'exactitude de ces souvenirs, à ceux de mes compagnons d'infortune qui ont échappé aux longues angoisses de cette malheureuse captivité.

Je pourrais, monsieur le rédacteur, rapporter quelques faits en faveur du moyen thérapeutique qui fait le sujet de cette lettre, mais ce serait remplir vos colonnes de détails inutiles. Il suffit, ce me semble, dans des cas aussi simples, de dire que tel médicament, employé de telle manière, a réussi dans le traitement de telle affection. Je pourrais aussi tracer quelques observations ayant trait à des guérisons obtenues par des moyens puisés dans votre excellent journal; mais, par le motif que je viens de dire, je me bornerai à vous faire savoir que j'ai fait avorter plusieurs panaris par des aspersions d'eau froide; que j'ai obtenu un semblable résultat des frictions mercurielles dans cette maladie; que ces mêmes frictions m'ont été utiles pour combattre des inflammations de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent; que les vésicatoires avec les rondelles imbibées d'alcool m'ont été d'un grand secours pour obtenir une prompte révulsion dans les affections graves de l'encéphale et des organes thoraciques; que le tartre stibié à haute dose m'a rendu de grands services dans certaines maladies aiguës du poumon qui avaient résisté à une médication antiphlogistique très-active; enfin que le chlore, administré à l'intérieur, ainsi que le conseille M. le docteur Réveillé Parise, m'a paru avoir une heureuse influence sur la guérison d'une affection typhoïde.

Les deux articles de l'habile praticien que je viens de citer, insérés dans le sixième volume du Bulletin de Thérapeutique, étant très-concluans en faveur du chlore employé intérieurement dans le typhus, ne pourrait-on pas administrer ce modificateur simultanément par la bouche et par l'anus dès la première période de la maladie, après avoir toutefois combattu les symptômes inflammatoires, s'ils sont dominans? Les lavemens chlorurés ne pourraient-ils pas faire avorter l'éruption, et, par-là, prévenir les ulcérations, dont les suites sont ordinairement si fâcheuses?

Recevez, etc. RICHET,

D.-M., Chirurgien aide-major au 4e de dragons.

Observation extraordinaire d'un épi de seigle qui s'est fait jour de l'estomac ou de l'intestin vers la peau, chez un enfant de trois mois.

Monsieur le rédacteur, je pense que l'observation suivante est de nature à intéresser vos lecteurs, et j'ose vous prier de l'insérer dans un des numéros du Bulletin de Thérapeutique.

Un enfant du sexe féminin, âgé de trois mois, et dont les parens demeurent à Montmartre, éprouva sans cause appréciable, il y a un mois, une irritation gastro-intestinale, qui se termina au bout de huit jours par la tuméfaction de la région hépatique; il se forma un point de suppuration, et à la rupture spontanée de la peau il sortit un brin de paille. La mère de cet enfant, un peu surprise, en tira une longueur d'un pouce environ, et la résistance augmentant, elle n'osa pas en faire l'extraction; son mari l'entreprit, et, non sans étonnement, fit sortir du ventre un épi de seigle entier, et semblable aux épis de la paille dont ils ont formé une partie de leur literie. Un flot de matière purulente et fécale suivit cette extraction. Quarante-huit heures après, l'ouverture était refermée, et l'enfant se porta bien pendant sept ou huit jours. A cette époque, il maigrit beaucoup et tomba dans la lienterie. Aujourd'hui trois semaines depuis la sortie de l'épi, le marasme et la lienterie persistent, malgré tous les moyens; l'enfant ne peut être rassasié, et tout me porte à croire qu'il s'est établi une communication entre l'estomac et le colon transverse.

Il est fâcheux que les parens aient adopté pour l'éducation de leur enfant l'allaitement artificiel. Dans cette circonstance, cela diminue les chances de guérison.

Veuillez agréer, etc.

ACCASSAT, D.-M. P.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Morsure d'une vipère.

Il y a dans ce moment à l'Hôtel-Dieu un cas bien rarement observé dans les hôpitaux de la capitale; c'est un exemple de morsure de vipère arrivé à Paris, et qui a offert tous les phénomènes extraordinaires que cet accident détermine. La curiosité amène chaque jour un assez grand nombre de médecins auprès du malade, qui se trouve placé dans les salles confiées, en l'absence de M. Breschet, à M. Robert, jeune chirurgien plein de mérite et d'espérance.

Le sujet de l'observation est un ouvrier des ports, âgé de trente ans, nommé Giraldon. Il était, le vendredi 31 octobre, à décharger des fagots sous le Pont-Neuf, lorsque de l'un d'eux il tombe une vipère engourdie; il la prend dans ses mains, il la réchauffe et joue avec elle pendant vingt-cinq minutes sans accidens. Le reptile est apporté chez lui dans une boite, et mis à côté du poêle. Le lendemain, vers midi, il apprend qu'on achetait les vipères et veut faire agent de la sienne; il prend la boite sous le bras et, accompagné d'un ami, il s'achemine vers le marché des Innocens. Il entre chez un marchand de vin, et, voulant faire parade de sa capture, il verse la vipère de sa boite sur le comptoir. Le froid du zinc impressionne péniblement l'animal, qui s'agite et vient se rouler autour d'une bouteille. La frayeur s'empare des assistans. Giraldon, alors, voulant remettre la vipère dans la boite, la prend de la main droite; mais il est à l'instant mordu à la seconde phalange du petit doigt.

Malgré la vive douleur qu'il éprouva, le blessé ne perdit pas connaissance. Ne pouvant détacher le reptile par les secousses, il le prend à la gorge et l'arrache. Ce contre-temps ne le fait point renoncer à vendre sa vipère; il la met à nu dans sa poche et sort pour se rendre chez un herboriste du Marché des Innocens; mais chemin faisant il éprouva un malaise extrême, il a des nausées, ses jambes fléchissent, sa tête est embarrassée; il ne peut aller plus loin et s'arrête sur les marches d'un escalier : sa main enflait à vue d'œil : il ne s'était cependant passé que cinq minutes environ depuis la morsure. Soutenu et presque porté par son ami il arrive chez un pharmacien voisin qui aggrandit la plaie et y verse quelques gouttes d'ammoniaque; il donne également à l'intérieur une certaine quantité de ce remède. La cautérisation de la plaie fut très-douloureuse et fit perdre connaissance au malade, qui eut à l'instant de nombreux vomissemens.

Apporté chez lui et mis au lit, une agitation considérable s'empara de lui. Son bras, une heure après, était doublé de volume; sa poitrine, son cou s'enflèrent également dans la soirée; il avait une soif inextinguible, des vomissemens continuels, des coliques atroces avec dévoiement. Le lendemain dimanche 2 novembre seulement, et vingt-quatre heures après la blessure, il reçut les soins d'un médecin qui lui fit pratiquer des frictions mercurielles sur le bras et prendre à l'intérieur une potion avec de l'ammoniaque. Les accidens continuant à s'aggraver le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 3 novembre. Il était dans l'état suivant :

La main, le bras, l'avant-bras, sont tendus, d'un volume triple de l'état normal, rouges, sensibles; toute la partie interne est ecchymosée et comme dépouillée; des phlegtènes existent sur différens points de la main. La plaie agrandie a un demi-pouce de longueur, son fond est grisâtre, et présente une escarrhe qui est peut-être le résultat de la cautérisation. La poitrine et les parois de l'abdomen jusqu'à l'ombille présentent une enflure considérable. Cette tuméfaction est rémittente, et ne conserve point l'empreinte du doigt. Le malade est dans un état de prostration; la langue est noirâtre et sèche à la pointe, les dents légèrement fuligineuses; il éprouve une anxiété précordiale indéfinissable, avec des douleurs générales; il a des vomituritions permanentes accompagnées de coliques et de dévoiement.

Cet état était tellement alarmant, que le pronostic était funeste pour tous les médecins. Néanmoins les craintes ne se sont pas confirmées, et aujourd'hui, l'on doit considérer ce malade comme hors de tout danger. Les médicamens qui ont été employés n'ont, à notre avis, que peu de part à la guérison, et nous avons la persuasion que le malade eût guéri sans eux. En quoi ces médications ont-elles consisté? en des fomentations émollientes sur le bras; en une potion avec dix gouttes d'ammoniaque le premier jour de son entrée, qui exaspéra le vomissement, et qu'il a fallu suspendre plus tard; en vingt grains d'ipécacuanha, dont l'effet n'a pas été sensible; enfin dans une application de vingt sangsues à l'épigastre, motivée par la douleur qui existait vers ce point. Il est facile de voir par cet exposé, qu'il n'y a pas eu de ligne de traitement bien arrêtée.

A la vue de ce fait, nous serions porté à conclure avec M. Mérat et Fontana, que la morsure d'une seule vipère n'est pas suffisante pour amener la mort d'un homme, et que les accidens qu'elle détermine, quelque graves qu'ils soient d'abord, se dissipent du cinquième au sixième jour.

Le malade qui est sous nos yeux, est depuis quatre jours à peu près dans son état normal. Sa poitrine est désenflée; il mange et boit, et a repris sa gaieté. Le bras seulement est encore malade.

N° DU 30.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la gangrène de la bouche chez les enfans, et de son traitement.

Il existe chez les enfans un certain nombre de maladies de la bouche, qu'on observe à peine chez l'adulte. De toutes les affections, la plus grave, sans contredit, est celle que les anciens avaient vaguement désignée par les mots de *cancerum oris, necrosis infantilis*, ulcères scorbutiques des gencives, érosion gangréneuse des joues; et que les modernes ont décrite sous le nom de gangrène spéciale des enfans, de stomatite gangréneuse.

Les premiers symptômes qui en révèlent l'existence, sont la tuméfaction de la joue, l'expuition sanguinolente et la fétidité de l'haleine. Si on explore la cavité buccale, on ne tarde pas à apercevoir, à l'intérieur des joues, des lèvres ou sur le tissu gencivaire, une tache blanchâtre, le plus ordinairement isolée, rarement multiple, entourée d'un cercle livide, et ne causant aucune douleur. Jusque-là on n'observe aucun trouble sympathique des grandes fonctions de l'éco-

nomie, les enfans continuent à se livrer aux amusemens de leur âge. Mais bientôt l'ulcère s'agrandit, devient d'un gris sale, offre une surface inégale, raboteuse; l'infiltration de la joue augmente, et gagne les paupières; la peau qui la recouvre devient luisante, et une tumeur renitente se fait sentir au niveau des parties affectées à l'intérieur. Si rien n'arrête les progrès de la maladie, la gangrène pénètre dans la profondeur des parties molles, et réduit toute l'épaisseur de la joue ou de la lèvre en un détritus grisâtre ou noirâtre, se détachant par lambeau et exhalant une odeur manifestement gangréneuse. Le tissu des gencives désorganisé se sépare du bord des alvéoles, les dents vacillent et tombent, les os denudés sont recouverts d'un enduit noirâtre. Quelquefois la mort arrive avant que la gangrène ait envahi la peau. D'autres fois, à une époque peu avancée de la maladie, il se manifeste, à l'extérieur des joues et des lèvres, une tache violacée, jaunâtre; l'épiderme se ramollit, se détache, et il en résulte une perforation qui donne à la face un aspect hideux. Dans d'autres cas, la joue entière présente extérieurement une teinte violacée que remplace bientôt une couleur noirâtre, annonçant que toute l'épaisseur des parties molles est frappée de sphacèle.

Les symptômes généraux ne sont pas toujours en rapport avec les graves désordres dont la bouche est le siége. Il est des malades qui conservent jusqu'à la mort l'intégrité de leurs facultés intellectuelles et sensoriales; chez eux le pouls reste calme, la prostration est peu profonde. Nous en avons vu plusieurs, se mettre librement sur le séant la veille de leur mort, pour se soumettre à la cautérisation; ils conservent de l'appétit. On les voit retirer de leur bouche des lambeaux gangréneux et des dents sorties de leurs alvéoles pour y introduire des alimens solides.

Il n'en est pas toujours ainsi. Chez d'autres malades, à mesure que la gangrène fait des progrès, la prostration devient profonde, le pouls filiforme, la peau pâle et froide; enfin une diarrhée colliquative, que rien ne peut apaiser, vient hâter le terme fatal.

Cette affection, lorsqu'on ne parvient pas à en arrêter les progrès, se termine par la mort au bout de cinq à douze jours. Quelquefois les parties frappées de mort se détachent spontanément, les malades guérissent; mais ils restent, pendant toute leur vie, porteurs de hideuses difformités.

La maladie débute le plus ordinairement d'une manière brusque, sans symptômes d'irritation locale antécédente. Quelquefois elle est le résultat d'une carie des os de la face chez des sujets scrophuleux; enfin, dans quelques cas nous l'avons vue succéder aux affections pseudo-membraneuses de la bouche.

Elle ne saurait être confondue avec la pustule maligne et le charbon qui commencent toujours par l'extérieur, et marchent de dehors en dedans. La gangrène dont il s'agit fait de profonds ravages à l'intérieur avant de se porter au dehors. L'absence de toute exsudation membraniforme la fera distinguer de la stomatite couenneuse.

Rare dans les maisons particulières, cette maladie s'observe principalement dans les établissemens où sont réunis en grand nombre les jeunes enfans.

Sur vingt-un malades atteints de cette affection que nous avons observés à l'hôpital des Enfans depuis deux ans, la maladie a pris naissance chez seize d'entre eux dans l'intérieur de l'hôpital; les cinq autres étaient venus du dehors. Chez les derniers, la maladie avait fait de vastes ravages au moment de l'admission, aussi a-t-elle toujours été mortelle.

C'est spécialement chez les enfans de 20 mois à 12 ans, qu'on rencontre la gangrène de la bouche. Elle est plus fréquente avant qu'après l'âge de 7 ans. On l'observe surtout chez les enfans des classes pauvres habitant des lieux humides, mal aérés, où ne pénètrent jamais les rayons du soleil, chez ceux qui font usage d'alimens malsains ou insuffisamment réparateurs; enfin, chez ceux qui ont une constitution scrophuleuse. Les malades soumis à notre observation se trouvaient dans les conditions que nous venons de mentionner. De plus, presque tous étaient déjà délibilités par des maladies antécédentes. Chez les uns, la maladie s'est montrée pendant le cours de la phthisie pulmonaire; chez d'autres pendant le cours d'une entérite chronique. De toutes les maladies, celles qui paraissent le plus favoriser sa production, ce sont les exanthèmes fébriles.

C'est à la suite de la rougeole, de la scarlatine et de la variole que se sont manifestés les quatre cinquièmes des cas que nous avons observés.

Comme c'est par l'ulcération de la muqueuse buccale que commence cette affection, c'est contre cette lésion locale que doivent être dirigés les premiers moyens thérapeutiques. Les lotions et les injections toniques et détersives, faites avec la décoction d'orge avec addition de miel rosat et d'une certaine quantité d'acide sulfurique, sont fréquemment mises en usage à l'hôpital des Enfans. On emploie aussi le gargarisme suivant, qui est un peu plus actif :

Quinquina pulvérisé. . . .	deux gros.
Miel rosat.	de chaque un gros.
Acide hydrochlorique. .	de chaque un gros.
Eau.	une livre.

Ces moyens nous ont paru insuffisans dans le plus grand nombre des cas; aussi ne saurions nous trop recommander de recourir aux caustiques dès le début. Ceux que l'on a proposés sont le fer rouge, le nitrate d'argent, et le nitrate acide de mercure. Le cautère actuel a été vanté par M. Baron; mais ce moyen est au début d'un emploi bien difficile, pour ne pas dire impossible. Comment porter le cautère actuel dans l'intérieur de la bouche chez de jeunes enfans, qui, effrayés à son aspect, résistent de toutes leurs forces à son introduction? Comment d'ailleurs respecter les parties saines, lorsque le caustique doit être appliqué sur un point très-circonscrit, siégeant quelquefois dans le voisinage des amygdales? Frappés de ces inconvéniens, les médecins de l'hôpital des Enfans y ont complétement renoncé dans cette période de la maladie. M. Baron conseille de recourir au cautère actuel, lorsque la joue est perforée, afin que l'ouverture permette d'agir sur toute l'épaisseur des parties; mais alors la maladie est trop avancée pour qu'on puisse compter sur l'efficacité de ce moyen. Aussi M. Baron ne cite-t-il qu'un seul cas de guérison obtenu par l'emploi de cette médication; M. Guersent l'a employée un grand nombre de fois sans succès; et M. Isnard, ancien interne à l'hô-

pital des Enfans, qui a consacré sa dissertation inaugurale à la description de cette maladie, assure avoir fait usage plus de quinze fois du cautère actuel et toujours inutilement, malgré toutes les précautions propres à en assurer l'efficacité. Nous ferons d'ailleurs remarquer que cette perforation ne survient pas dans tous les cas : nous ne l'avons observée que cinq fois sur vingt. La gangrène gagne plutôt en largeur qu'en profondeur : on la voit souvent frapper tous les tissus qui forment les parois buccales, et respecter la couche de tissu cellulaire qui double la peau ; dans d'autres cas, toutes les parties, y compris le derme, sont frappées simultanément de sphacèle. Tels ont été les deux derniers cas soumis à notre observation.

La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent est insuffisante ; l'escharre qu'elle produit est trop superficielle. La dissolution du même sel a été proposée par le docteur Elliotson ; nous ne l'avons jamais vu employer. Le docteur Wollon assure avoir guéri quelques cas des plus graves par l'administration du sous-carbonate d'ammoniaque à l'intérieur, et l'application de l'acide nitrique sur l'ulcère. Ces deux derniers caustiques sont soumis dans leur application aux mêmes règles que le nitrate acide de mercure, dont il nous reste à parler.

De tous les moyens, celui que nous avons vu échouer le moins souvent, c'est le nitrate acide de mercure : substance employée avec avantage par les médecins de l'hôpital Saint-Louis contre certaines dartres rongeantes, et par MM. Récamier et Lisfranc contre les ulcérations du col de l'utérus. Cette préparation, toujours à l'état liquide, est composée de

Proto-nitrate acide de mercure cristallisé.	un gros.
Acide nitrique.	une once.

Elle ne doit pas être confondue avec *l'eau mercurielle*, qui consiste dans une simple dissolution de proto-nitrate dans l'eau, et qui ne jouit pas des mêmes propriétés caustiques. On trempe un pinceau de charpie dans le liquide caustique, et on le porte ensuite sur l'ulcère ; il n'est pas nécessaire de renouveler cette opération plus de deux fois par jour. Dans l'intervalle, on fait prendre aux malades des gargarismes de quinquina avec addition de chlorure de soude, ou bien on porte du chlorure de chaux sec à l'intérieur de la bouche ; nous avons vu trois malades guérir sous l'influence de cette médication. De ces trois faits, nous nous contentons de rapporter le suivant :

Un garçon, âgé de dix ans, faisant partie de la division des dartreux, nous offrit à la visite les symptômes suivans : tuméfaction et rénitence de la joue gauche, dont la coloration extérieure ne diffère pas de celle du côté opposé, la pression n'y fait naître aucune douleur ; l'haleine est fétide, l'expuition sanguinolente. En procédant à l'examen de la cavité buccale, on aperçoit à l'intérieur de la joue gauche une ulcération grisâtre d'un pouce environ de longueur, et de deux à trois lignes de largeur, siégeant au niveau de l'arcade dentaire inférieure ; sur le tissu gingivaire, du même côté qui offre un aspect fongueux, on aperçoit aussi deux points gangreneux ; la peau qui entoure l'ulcération est d'un rouge livide, et tuméfiée. Il existe un gonflement notable de l'amygdale du même côté, qui, du reste, ne présente ni ulcération ni exsudation couenneuse ; le reste de la cavité buccale n'offre aucune altération ; les voies digestives sont en bon état ; la peau est sèche, mais d'une chaleur naturelle. Le pouls ne donne que quatre-vingt-seize pulsations par minute ; la respiration est pure ; l'intelligence nette ; il n'existe pas de prostration. (*Cautériser matin et soir avec le nitrate acide de mercure : dans l'intervalle porter du chlorure de chaux sec sur les parties ulcérées ; pour boisson : limonade végétale, décoction de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique ; deux bouillons.*)

Le lendemain, les escharres sont en partie détachées, une rougeur vive entoure les ulcérations ; la joue est devenue douloureuse ; on joint à la prescription un gargarisme émollient.

Le troisième jour, l'ulcération de la partie interne de la joue gauche est moins étendue. L'expuition est toujours sanguinolente ; l'haleine fétide. Le côté gauche de la face conserve de la tuméfaction ; les deux premières molaires de la mâchoires inférieure sont vacillantes. Autour de la commissure des lèvres existent deux ou trois points pseudo-membraneux, résultat probable de l'action du caustique sur la muqueuse saine.

Le jour suivant, l'escharre est entièrement détachée ; on suspend la cautérisation. On continue le gargarisme et les mêmes médicamens internes.

Le cinquième jour, la joue droite est tuméfiée ; l'exploration de la bouche fait reconnaître à la face interne du côté droit deux ou trois taches grisâtres, dans l'intervalle desquelles la muqueuse offre une rougeur livide ; tout a disparu à gauche ; l'ulcération est en voie de cicatrisation. On porte le caustique sur les nouveaux points ulcérés, on accorde quelques alimens ; on engage le malade à se lever et à se promener dans les salles.

Les deux jours suivans, on continue la cautérisation à droite, et le jour d'après, il n'existe plus aucun point grisâtre : on suspend l'emploi de tout moyen actif. On engage le malade à se nettoyer les dents avec l'eau de Rabel. Aucun nouvel accident ne s'étant manifesté, le malade quitte l'hôpital le quinzième jour de son entrée.

Ce jeune garçon est rentré six semaines après sa sortie, pour une affection dartreuse analogue à celle dont la disparition avait coïncidé avec l'invasion de la gangrène. La bouche n'avait offert, depuis la sortie, aucune espèce d'altération ; on apercevait à peine les cicatrices des ulcères qui avaient succédé à la chute des escharres.

Chez les deux autres malades que nous avons vu guérir sous l'influence de la même médication, la maladie avait également pris naissance dans l'hôpital, et les caustiques ont été employés dès le début ; chez tous ceux qui sont arrivés du dehors à une période plus avancée, lorsque la gangrène avait pénétré dans la profondeur des tissus qui forment les parois buccales, le traitement a été impuissant.

Tels sont les moyens locaux qui, employés dans les circonstances et avec les précautions que nous avons indiquées, paraissent jouir de quelque efficacité ; on doit aussi insister sur les moyens généraux. La limonade ou l'eau de riz vineuse, la décoction de quinquina avec addition d'une petite quan-

tité d'acide sulfurique, si les voies digestives sont exemptes de phlogose, seront employées avec avantage. Le sulfate de quinine est aussi quelquefois administré soit par la bouche, soit en lavement. On doit toujours chercher à soutenir les forces du malade à l'aide d'une petite quantité d'alimens. Les plus grands soins de propreté sont indispensables, on doit fréquemment répéter les lotions, pour faciliter la sortie des lambeaux gangrèneux et de l'ichor fétide de la bouche, dont l'ingestion dans l'estomac ou l'absorption à la surface de la muqueuse buccale produisent les plus funestes effets.

Cette affection se manifeste quelquefois à la vulve, au pourtour de l'anus, et plus rarement sur le scrotum et le pénis des jeunes enfans. Dans ces divers cas, les indications curatives sont les mêmes. Les moyens locaux et généraux propres à combattre la gangrène de la bouche suffisent pour arrêter les progrès de la maladie, si elle n'est pas parvenue à une période trop avancée.

C.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des polypes du conduit auditif et de la surdité qui les accompagne.

Comme la plupart des canaux muqueux de notre corps, le conduit auditif est exposé aux excroissances polypeuses et au boursouflement polypiforme de sa membrane interne. Les polypes de l'oreille diffèrent entre eux et par le point de leur implantation et par leur nature. Ceux qui naissent en-deçà de la membrane du tympan, et dont la nature n'est que muqueuse ou fibreuse, sont plus faciles à détruire radicalement que ceux qui tirent leur origine de la membrane même du tambour ou de l'intérieur de la caisse de ce nom. Les polypes auriculaires de nature carcinomateuse sont les plus fâcheux; rien n'empêche souvent leur reproduction; non-seulement la perte de l'ouïe, mais quelquefois même la mort du malade sont la conséquence des progrès de ces sortes d'excroissances.

La surdité qui accompagne presque constamment les polypes du conduit de l'oreille, est tantôt symptomatique, tantôt essentielle ou idiopathique; c'est-à-dire que lorsque la tumeur naît en-deçà de la membrane tympanique, qu'elle empêche complétement, ou presque complétement, le passage des ondulations sonores, l'audition n'est que suspendue, à peu près comme la vue le serait par l'application d'un bandeau devant les yeux; mais lorsque la membrane du tambour a été détruite, soit primitivement, soit consécutivement, ou par les progrès du mal, la surdité est essentielle ou organique. Il arrive aussi qu'une surdité qui n'est que sympomatique d'un polype auriculaire dans les commencemens, peut devenir essentielle plus tard par les progrès du mal; et cela a lieu par la perforation et destruction de la membrane tympanique d'abord, puis par la désorganisation de l'appareil intérieur de l'organe auditif. On voit par là de quelle urgence il est pour la pratique d'attaquer le plus tôt possible ces sortes de polypes.

On dit que les polypes muqueux de l'oreille ressemblent parfaitement à ceux des fosses nasales: ceci mérite quelques considérations. Lorsqu'on croyait que les polypes vésiculeux des cavités nasales n'étaient que des végétations simples de la membrane muqueuse, la comparaison était peut-être soutenable jusqu'à un certain point, car les polypes alors n'auraient été que des espèces de productions à peu près analogues aux cors aux pieds, aux durillons, etc., qui se reproduiraient après leur extirpation. Mais, depuis que le célèbre Delpech nous a fait connaître la véritable nature des polypes muqueux des fosses nasales, il n'est plus raisonnablement permis de comparer ces tumeurs à celles d'apparence semblable du conduit auditif. Cet habile chirurgien-anatomiste a découvert que les polypes vésiculeux des cavités nasales tiraient leur origine non pas de la membrane muqueuse elle-même, ainsi qu'on le croyait autrefois, mais bien du tissu cellulaire sous-périostal des cavités; il a trouvé en outre, que les os qui servaient d'attache au polype, étaient presque toujours malades, et que c'était là la cause de la reproduction de ces excroissances. J'ajouterai que, d'après le professeur de Montpellier, les polypes muqueux des fosses nasales ne seraient qu'une espèce d'œdème circonscrit de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux par l'effet de la maladie sous-périostale dont nous venons de parler (1). Peut-on en dire autant des polypes muqueux de l'oreille? Je ne pense pas; car, lorsqu'on arrache un polype vésiculaire de la partie antérieure du conduit auditif, on ne retrouve pas d'os au-dessous, c'est le cartilage ou le fibro-cartilage qui correspond au-dessous de la muqueuse; et cependant, le plus souvent, le polype ne se reproduit pas moins. Il suit de cette discussion que, dans l'état actuel de la science, nous sommes loin de connaître la véritable nature des polypes muqueux auriculaires.

Les excroissances polypeuses du conduit de l'oreille se présentent sous différentes formes suivant leur nature. Si l'on excepte les polypes sarcomateux, qui ont un aspect tout particulier, rougeâtre ou bleuâtre, qui sont douloureux et qui saignent souvent, soit spontanément, soit au moindre attouchement, les polypes muqueux et fibreux présentent absolument les mêmes apparences que les polypes du nez. Ces dernières espèces de polypes se présentent sous la forme d'une petite tumeur luisante provenant du fond de l'oreille, absolument comme le bout d'un sein qui serait engagé dans un petit tube de verre et qu'on regarderait par-devant. Il ne faut pas confondre cependant les trois sortes de polypes que nous avons nommés, avec le bouleversement polypiforme de la muqueuse du conduit auditif. Dans ce dernier cas, la tumeur présente une forme circulaire avec un enfoncement dans le milieu, qu'on peut quelquefois traverser par un stylet boutonné. Mais présentons un exemple pratique de ces polypes avant de nous livrer à d'autres réflexions sur ce sujet.

---

(1) *Journal de Delpech*, ou *Mémorial de la Clinique du Midi*. Avril 1830.

Une femme de la campagne, d'une trentaine d'années, est entrée dans le mois d'avril dernier à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, pour être traitée d'un polype de l'oreille du côté droit. Surdité complète de ce côté, dureté de l'ouïe du côté opposé, écoulement de matière sanieuse des deux oreilles, aspect bouffi de la face : tel était l'état de la malade. Cette physionomie est caractéristique des personnes atteintes de cette affection. A l'inspection, le polype se présente à la partie antérieure du conduit auditif comme le bout d'un petit doigt d'enfant, fermant exactement ce canal; il est couvert d'une pellicule brillante et muqueuse. La malade déclare que le même polype avait été arraché déjà une fois, neuf ans auparavant; et qu'elle s'était refusée à la cautérisation que le chirurgien avait proposée après l'ablation de la tumeur. Son audition qui était cependant revenue après la première opération, est éteinte maintenant depuis quatre ans. Dans quel état se trouvait dans le moment la faculté auditive de l'oreille ? L'audition pouvait-elle être rétablie chez cette femme ? C'est ce qu'on ne pouvait *a priori* savoir avant l'arrachement du polype. M. Dupuytren enleva très-aisément cette tumeur à l'aide de petites pinces faites exprès; le polype s'écrasa et se fondit en quelque sorte sous l'action des pinces. Il y eut un petit écoulement de sang par l'oreille et un écoulement puriforme les jours suivans. La guérison eut lieu; le conduit auditif, exploré, à la lumière solaire, fut trouvé entièrement libre; *mais la surdité persista.*

Voilà, certes, une surdité symptomatique dans le principe, devenue essentielle par les progrès du mal. Mais pouvait-on en reconnaître la nature avant l'arrachement du polype ? Il n'arrive malheureusement pas à l'oreille ce que nous voyons très-souvent avoir lieu aux yeux, par l'existence d'une cataracte. Ici le corps qui s'oppose au passage de la lumière sur la rétine n'empiète pas ordinairement sur la faculté intrinsèque de cette membrane; aussi, après six, huit, dix, vingt ans, de l'existence d'une cataracte, réussissons-nous souvent à rendre à l'organe visuel ses fonctions normales; mais pour l'oreille il est rare que nous ayons un pareil bonheur; lors que le corps étranger, le polype, cette espèce de cataracte de l'oreille, s'est pendant quelque temps opposé au passage des rayons sonores sur la membrane du tympan, c'est souvent en vain que nous tentons de redonner à l'organe l'exercice de ses fonctions. C'est là une espèce de goutte sereine ou d'amaurose de l'oreille dont nous ne pouvons pas toujours connaître *à priori* l'existence, ainsi que cela s'observe facilement sur l'œil cataracté et amaurotique. Aussi notre pronostic doit-il être toujours réservé dans les cas de ce genre.

Une dernière réflexion thérapeutique ne doit pas nous échapper ici à l'égard de la maladie dont nous traitons. Chez notre malade un écoulement ichoreux existait par le conduit auditif de l'oreille du côté opposé au polype, et la femme avait l'ouïe dure de ce côté. N'est-ce pas là un symptôme précurseur de la formation d'un polype dans cette oreille? L'inspection de l'organe cependant ne nous a rien fait découvrir qui confirmât ce soupçon. Cette présomption néanmoins n'est pas moins fondée, bien que la tumeur ne fût pas encore visible. Aussi le chirurgien fit-il prudemment d'ordonner à cette malade l'usage d'un séton à la nuque, pour être entretenu pendant long-temps. Je dois ajouter que j'ai pu, l'année dernière, arrêter une otorrhée suppurative chez une femme qui était menacée d'un polype du conduit auditif, à l'aide d'une injection de solution de nitrate d'argent (deux grains de nitrate dans deux onces d'eau). Cette injection a été répétée trois fois, en mettant six jours d'intervalle dans chaque opération; l'injection n'a fait qu'entrer et sortir sur-le-champ. Je pense que dans plusieurs maux d'oreille on pourrait se servir avec avantage de ce dernier remède.

De tous les moyens proposés contre les polypes de l'oreille, je n'en trouve pas de plus convenable que celui qui consiste dans *l'arrachement* de la tumeur, à l'aide de petites pinces un peu courbes pour s'adapter à la légère courbure naturelle du conduit auditif. L'excision, la ligature et la cautérisation trouvent rarement ici leur application. Je n'ai pas besoin de m'arrêter sur la manière de pratiquer cet arrachement; elle n'est pas différente de celle qu'on emploie contre les polypes du nez. Je dois cependant ajouter que les tractions des pinces doivent être ici dirigées avec beaucoup de ménagement; car si l'on blessait la membrane du tympan, la surdité serait la suite inévitable de cet accident.

Nous avons déjà dit que les efforts principaux du chirurgien devaient tendre à prévenir la reproduction du polype. L'art ne possède d'autre remède contre cette récidive, que la cautérisation immédiate sur l'endroit d'où le polype tire son origine. Mais malheureusement cet endroit n'est pas toujours accessible à nos yeux ni à nos instrumens. Le meilleur des caustiques, lorsque le siége du mal est accessible, c'est la pierre infernale, coupée en crayon et portée à l'aide d'un porte-pierre ordinaire dont la tige métallique serait longue et mince afin de voir l'endroit où l'on doit s'arrêter; ou bien, on pourrait se servir d'un porte-caustique de l'urètre qu'on adapterait à la disposition anatomique des parties. Dans tous les cas, c'est la membrane du tambour qu'il faut respecter dans ces manœuvres de cautérisation : voilà pourquoi nous préférons le nitrate d'argent à tous les autres caustiques qu'on a proposés. Un grand praticien cependant, le célèbre Pelletan, s'est servi avec avantage, dans un cas de ce genre, d'une gouttelette d'acide nitrique, qu'il a déposée sur l'endroit du mal, en répétant la même opération pendant trois jours de suite, à compter du lendemain de l'arrachement du polype. Mais voici dans quelles circonstances le remède dont il s'agit a pu être mis en usage.

Un jeune homme, âgé de quinze ans, scrophuleux, portait un polype fibro-cartilagineux dans le conduit auditif du côté gauche. Ce canal était considérablement dilaté, et la tumeur sortait de la conque de l'oreille. On avait en vain essayé de détruire le polype à force de caustiques. Pelletan l'arracha à l'aide de pinces faites exprès. La douleur fut vive, mais momentanée. Du sang coula en abondance; il s'arrêta spontanément. Le lendemain, l'oreille étant nettoyée, la grande dilatation du conduit auditif permit au chirurgien de voir le lieu d'où la tumeur avait été détachée. On put aisément y déposer une gouttelette d'acide nitrique, ce qui fut répété trois fois, et le malade guérit sans récidive. Cette tumeur étant en dehors de la membrane du tympan, qui n'en avait point été endommagée, l'audition revint complétement (1).

(1) Pelletan, *Clinique chirurg.*, t. I, p. 240.

Aux moyens préservatifs de la récidive des polypes auriculaires dont nous venons d'entretenir nos lecteurs, nous en ajouterons un autre : c'est l'usage des injections d'une solution de nitrate d'argent dans le conduit auditif. Nous avons déjà dit de quelle manière il faut se servir de ce remède, qui est éminemment stimulant et modificateur des fonctions des membranes ; nous ajouterons que son usage doit être repris à chaque fois que le malade ou le médecin s'aperçoivent du moindre signe de récidive ; on pourra du reste modifier la force et la durée de l'injection suivant les circonstances particulières de la maladie. Qu'on ne craigne pas ici l'action de ce remède sur la membrane du tympan, car qui ne sait avec quelle impunité pour les membranes transparentes de l'organe de la vision on emploie aujourd'hui la solution de pierre infernale contre différens maux d'yeux (1) !

Mais revenons un peu sur la surdité qui accompagne les polypes du conduit auditif. Ce canal, qui est en partie osseux, en partie cartilagineux, n'est presque pas dilatable. Dans l'observation de Pelletan, cependant, ce célèbre chirurgien dit *que la dilatation du conduit auditif était très-grande* ; et pourtant la faculté sensitive a pu être parfaitement rendue à l'oreille du malade. Deux circonstances rendent ce fait digne d'attention et nous inspirent davantage cette circonspection que nous avons recommandée, lorsqu'il s'agit de porter un pronostic décisif sur l'état de l'audition après l'enlèvement d'un polype auriculaire ; elle prouve aussi l'importance de ce précepte que nous avons établi, de ne faire agir les pinces dans l'arrachement qu'avec beaucoup de ménagement ; car bien que l'ouïe paraisse éteinte avant l'opération, qui peut répondre de l'état de l'organe intérieur ? Ajoutons pourtant qu'il suffit quelquefois d'un très-petit polype de nature maligne dans la partie la plus extérieure du conduit auditif pour que la faculté sensitive de l'oreille soit anéantie. Un brave officier polonais auquel M. Dupuytren a, l'été dernier, enlevé un petit polype de cette nature, avait irrévocablement perdu l'ouïe sans qu'aucune lésion organique appréciable existât au-delà de l'implantation de la tumeur. Ce polype avait toutes les apparences d'une très-petite fraise ; sa substance s'émorcelait et saignait abondamment à chaque fois qu'on l'extirpait à l'aide d'une petite curette passée d'arrière en avant. On dirait que dans ces cas l'organe de l'audition se trouve frappé de paralysie par le principe même qui produit la tumeur, ou bien par l'action sympathique de celle-ci sur les nerfs de l'ouïe, ainsi que nous voyons quelquefois l'amaurose survenir par la simple présence d'un cancer sur une des parties externes de l'appareil oculaire.

Il nous reste enfin à dire un mot sur le traitement du boursouflement polypiforme de la muqueuse du conduit auditif. Je n'ai observé cette maladie qu'une fois seulement. C'était sur une jeune personne de douze ans, présentée à la consultation de Boyer. Ce qui caractérisait le mal, était une surdité périodique dépendante de l'état barométrique de l'atmosphère. Cette surdité apparaissait avec le temps humide, augmentait par le temps pluvieux ou brumeux, et se dissipait par le temps sec. L'audition n'était jamais complétement éteinte. L'inspection du conduit auditif montrait un relâchement réel de la muqueuse, avec existence d'une blennorrhagie auriculaire. Boyer prescrivit l'usage d'un séton à la nuque. N'est-ce pas ici le cas d'employer les injections de solution de nitrate d'argent ? T. B.

(1) *V.* les numéros antérieurs de ce journal.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur l'acide hydro-cyanique médicinal.

Depuis long-temps on connaît la décomposition facile de l'acide hydro-cyanique : on a vu bientôt que l'association de ses élémens n'était pas toujours identique, puisque leur désunion se faisait souvent avec une promptitude surprenante. Dans l'intention d'obvier aux graves inconvéniens d'un médicament aussi infidèle que peu stable, MM. Robiquet et Villermay proposèrent de le remplacer, en médecine, par le cyanure de potassium On crut ce médicament moins altérable ; mais plusieurs articles insérés dans différens journaux, et particulièrement un plus récent de M. Boudet, démontrent combien cette substance est peu fixe : en conséquence, la chimie n'a point fait jusqu'à présent tout ce qu'on attend de cette science pour conserver à la thérapeutique un médicament précieux dont la fixité des principes permette d'en user avec confiance, et serve de base à des observations qui méritent une croyance bien entière, ne pourrait-elle atteindre un but si important. Voici un exemple qui semblerait en trouver la possibilité.

Je possède, depuis l'année 1823, à peu près encore une demi-once d'acide hydro-cyanique médicinal, contenu dans un flacon bouché à l'émeri, et conservé sans précautions, c'est-à-dire qu'il n'est pas à l'abri du contact de la lumière ; il est placé parmi quelques autres réactifs dans une petite caisse qui est souvent ouverte. Il possède tous les caractères dont il jouissait lors de sa préparation ; il est d'une grande limpidité ; on ne remarque aucun dépôt charbonneux au fond du flacon, mais seulement une très-légère couche pulvérulente, d'un blanc sale.

Cet acide jouit d'une odeur très-prononcée d'amande amère, et d'une saveur un peu âcre ; il précipite en blanc le nitrate d'argent, et, uni à quelques gouttes de dissolution de potasse il précipite la dissolution de persulfate de fer en bleu. Il ne présente point avec la dissolution de deuto-sulfate de cuivre, le caractère indiqué par M. Lassaigne (Orfila, médecine légale) ; c'est-à-dire qu'uni à la potasse, il donne bien un précipité gris bleuâtre, mais la potasse seule donne absolument le même précipité quand la dissolution cuivreuse est très-faible ; quand elle est plus chargée, le précipité par la potasse présente une nuance un peu verdâtre. L'addition d'une goutte d'acide hydro-chlorique, en redissolvant le précipité, rend aux deux liqueurs la même transparence, et ne laisse point l'aspect laiteux à la dissolution cuivreuse traitée par l'acide hydro-cyanique et la potasse, ainsi que l'a indiqué M. Lassaigne. L'absence de ce caractère tiendrait-elle à la variété de composition de mon

acide, et cette variété de composition serait-elle la cause de la fixité de combinaison de ses principes? Je laisse à de plus habiles que moi le soin de décider cette question. J'ai voulu seulement appeler l'attention des chimistes distingués sur ce fait, et je tiens à la disposition de celui qui voudra s'en occuper l'échantillon d'acide qui est en ma possession.

A ce sujet, il ne sera peut-être pas inutile de ramener l'attention des médecins sur des expériences faites à Florence avec l'essence de laurier cerise, comme succédanée de l'acide hydro-cyanique, et consignées dans la *Bibliothèque médicale* du mois d'octobre 1821. Voici quelques-unes des conclusions déduites de ces expériences : « D'après les recherches ci-dessus, l'essence du *prunus lauro-cerasus* doit être préférée, dans la pratique médicale, à toutes les autres préparations qui renferment l'acide hydro-cyanique; car elle contient la même proportion de cet acide, et au même degré d'activité, *récente ou ancienne; préparée dans un lieu ou dans un autre; exposée à l'air, à la lumière et au calorique.* Il paraît aussi que l'huile d'olives ou celle d'amandes douces est son véhicule le plus convenable, à la proportion de douze gouttes d'essence dans une once d'huile, ou à dose plus forte, si on l'emploie en frictions à l'extérieur. On pourrait en administrer le mélange à la dose d'un scrupule, ce qui équivaudrait à une demi-goutte d'essence, et on l'augmenterait graduellement selon les circonstances. Ce procédé procurerait une grande sûreté dans l'emploi du remède. »

Fontana avait déjà constaté l'identité d'action de diverses essences de laurier-cerise, et la concordance de toutes ses recherches doit engager les médecins à ne pas négliger l'administration de ce médicament quand l'indication s'en présente.

NICOD D'ARBENT.

Sur les préparations cyaniques.

La lettre de M. Nicod d'Arbent nous montre la nécessité de rappeler l'attention sur la fixité des diverses combinaisons cyaniques employées en médecine.

L'*acide hydrocyanique* ou *prussique* est un composé fort altérable; mais son altération se décèle par un caractère si facile à saisir, sa coloration, que l'on peut être assuré de le retrouver toujours semblable à lui-même. La connaissance des accidens graves qui ont résulté de l'emploi peu prudent de cet acide a appelé l'attention sur ce médicament, et il est vrai de dire qu'il n'est prescrit par le médecin et délivré par le pharmacien qu'avec la plus grande circonspection. Rappelons toutefois que le médecin ne peut compter sur l'exécution littérale de sa prescription qu'autant qu'il a indiqué formellement le degré de concentration de l'acide dont il entend faire usage. Dans le doute, le pharmacien prudent délivrera toujours l'acide le plus faible, et le médecin ne devra s'en prendre qu'à lui-même s'il avait compté sur un médicament plus énergique. L'acide prussique à divers degrés de concentration se désigne par les expressions suivantes : acide prussique au quart, au sixième, au huitième, au dixième, c'est-à-dire contenant le quart de son volume, ou le sixième ou le huitième, ou le dixième de son volume d'acide réel.

Il est vrai que l'acide prussique n'a pas toujours la même constitution moléculaire. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut s'expliquer comment tel acide se conserve presque indéfiniment sans altération, et pourquoi tel autre se décompose en quelques instans, en quelques heures, ou en quelques jours; mais cet état particulier ne paraît changer en rien les propriétés médicales de l'acide; ou du moins on l'a vu produire indifféremment les mêmes effets, quelle que fût d'ailleurs son altérabilité.

Le sirop hydrocyanique est un médicament dont il a été publié plusieurs formules; de là embarras pour le médecin, qui ne peut savoir quel médicament sera délivré à son malade, et embarras pour le pharmacien, qui hésite nécessairement quand la formule lui arrive pour être exécutée. Comme le sirop hydrocyanique est un médicament qui se prépare instantanément, il est beaucoup plus prudent que le médecin fasse lui-même la formule au moment du besoin; soit :

Prenez : Acide hydrocyanique à 1/4 ou à 1/6. . 1 à 4 gr.
Sirop de sucre. . . . . 1 once.

Cyanure de potassium (hydrocyanate de potasse). — M. Boudet fils a appelé l'attention sur la différence de composition du cyanure de potassium qui se trouve dans les différentes pharmacies. Ses observations sont le résultat des recherches faites par M. Geiger, M. Pelouse et M. Robiquet, sur le même médicament. Le seul procédé que l'on emploie pour la préparation du cyanure de potassium est la décomposition à une haute température du prussiate de potasse ferrugineux. Le cyanure de potassium qui en fait partie n'est pas décomposé, le cyanure de fer est changé en azote qui se dégage, et en quadricarbure de fer, qui reste dans la cornue à l'état de mélange, forme une masse noire avec le cyanure alcalin et l'eau, sépare le cyanure de potassium, qui seul est soluble dans ce véhicule. Le mélange du cyanure alcalin et du carbure de fer est connu sous le nom de cyanure de potassium charbonneux; il a été quelquefois employé sous ce nom, et ne peut varier dans sa composition sans qu'on s'en aperçoive. Si l'on n'avait pas assez chauffé, il y aurait du prussiate de potasse ferrugineux non décomposé, et la dissolution qu'il fournirait à l'eau serait jaune au lieu d'être incolore... Si l'on avait trop chauffé, ce qui n'arrive presque jamais, il y aurait décomposition d'une partie de cyanure de potassium et formation d'un composé de cyanogène de potassium et de fer, qui décomposerait l'eau avec effervescence d'hydrogène au moment du contact. Cependant la proportion de cyanure de potassium peut changer dans cette masse noire, si l'on n'a pas eu la précaution de dessécher complétement le prussiate ferrugineux, car il se fait aux dépens du cyanure du carbonate et de l'hydro-cyanate d'ammoniaque qui se volatilisent.

Le cyanure blanc de potassium, ou cyanure débarrassé de carbure de fer, s'obtient de la masse noire; mais sa nature varie beaucoup, suivant le mode de traitement dont on s'est servi.

En chauffant au rouge blanc la masse noire que laisse la

décomposition ordinaire de prussiate de potasse ferrugineux, elle entre en fusion, et, après le refroidissement de la cornue, on trouve la matière séparée en deux couches : la supérieure est formée par un mélange noir de cyanure de potassium et de carbure de fer; l'inférieure est une masse blanche fondue, formée de cyanure de potassium pur. C'est le cyanure qu'il faudrait constamment employer en médecine; mais il est rarement donné, parce que cette séparation du résidu de la dissolution en deux couches distinctes ne s'obtient qu'avec la plus grande difficulté.

Presque toujours on a recours à la dissolution de cyanure charbonneux et à l'évaporation de la liqueur, mais elle présente de nombreux inconvéniens.

Quand on soumet à l'évaporation la dissolution de cyanure de potassium, elle se décompose en partie; les élémens de l'eau et du cyanogène réagissant l'un sur l'autre, il en résulte de l'ammoniaque et de l'acide formique. L'ammoniaque se dégage, et l'acide formique s'unit à une partie de la base du cyanure; en même temps, il se dégage une partie d'acide hydrocyanique, de sorte que le produit de l'évaporation en vase clos est un mélange de cyanure de potassium, de formiate de potasse et d'un peu de potasse libre. Si on fait l'évaporation en plein air, alors il y a plus de cyanure décomposé, parce qu'en outre du formiate de potasse qui résulte de la réaction de l'eau et du cyanogène, il se dégage de l'acide hydrocyanique, et il se fait du carbonate de potasse par l'absorption de l'acide carbonique à l'air; de sorte que le résidu de l'opération est un mélange de cyanure de potassium, de formiate et de carbonate de potasse, en des proportions qui varieront suivant que le sel sera resté plus long-temps exposé à la chaleur et à l'action décomposante de l'acide carbonique.

Le cyanure de potassium obtenu par la voie humide n'est donc jamais à l'état de pureté. Il contient des quantités variables de cyanure alcalin, et ses propriétés médicales varient en même temps, c'est pourtant celui dont on fait habituellement usage, parce que le cyanure à l'état de pureté présente encore trop de difficultés dans sa préparation.

Cette instabilité du cyanure de potassium a peu d'influence sur son emploi à l'extérieur, parce qu'il y a alors peu de risque à forcer les doses : mais il n'en est pas de même lorsqu'il doit être administré à l'extérieur. Les accidens les plus funestes pourraient résulter de la substitution du cyanure fondu au cyanure décomposé ordinaire.

Le cyanure par dissolution se présente sous la forme de poudre; le cyanure fondu est en morceaux compactes. Ce caractère ne saurait cependant servir à les distinguer, parce que souvent on amène à la fusion le cyanure obtenu par voie humide, afin de lui donner de la consistance et de le préserver de l'action décomposante qu'exercent incessamment sur lui l'acide carbonique et l'eau hygrométrique de l'air.

Huile volatile de laurier cerise. L'huile volatile de laurier-cerise n'est pas toujours identique dans sa composition; c'est un corps complexe qui contient en même temps l'huile essentielle, l'acide prussique et peut-être un autre principe cyanique particulier. Cependant elle est assez constante dans ses effets, parce que les variations de composition qu'elle peut présenter sont toujours renfermées dans des limites assez étroites, et que, d'une autre part, il n'est jamais nécessaire d'administrer une quantité rigoureusement la même d'un médicament.

Eau de laurier-cerise. L'eau de laurier-cerise est loin de présenter autant de constance de composition que l'huile essentielle. Plusieurs causes amènent nécessairement ce résultat.

D'abord les feuilles de laurier-cerise, soumises à la distillation avec de l'eau, en admettant que toujours la même quantité de produit soit retirée, donnent une eau distillée bien différemment chargée d'huile essentielle, suivant l'époque à laquelle on fait l'opération. Si on distille ces feuilles au printemps, l'eau que l'on obtient ne laisse pas séparer d'huile, et bien certainement elle n'en est pas saturée; si on opère à une autre époque, au mois de juin, par exemple, alors une abondante quantité d'huile se sépare, et l'eau, qui est distillée en même temps, parfaitement saturée d'essence. Or, ces deux eaux, quoique préparées avec le plus grand soin, par cela seulement qu'elles ne l'auraient été à la même époque de l'année, seront d'une efficacité médicale bien différente.

D'un autre côté, les formulaires varient singulièrement sur la quantité de produit que doit fournir une proportion donnée de laurier-cerise; il en résulte une nouvelle modification dans le degré de puissance de l'eau distillée. En France, l'eau distillée des laurier-cerise de pharmacies devrait être celle du Codex, qui prescrit de retirer 1 litre d'eau pour 2 livres de feuilles récentes; beaucoup de pharmaciens reculent devant les dangers qui peuvent résulter de ce médicament fait dans ces proportions, et ils donnent, chacun suivant leurs idées sur l'efficacité de ce remède, la préférence à la formule de quelque autre pharmacopée.

Il nous paraît résulter évidemment de cet état de choses que si les propriétés médicales de tous les composés précédens sont les mêmes; c'est l'acide prussique qui mérite la préférence, parce qu'on peut l'avoir toujours à un degré certain de concentration; mais si l'on croyait au contraire que chacun des médicamens cyaniques a une action spéciale, alors il ne faudrait plus songer à les substituer les uns aux autres, mais employer chacun d'eux quand l'indication médicale y conduirait, en dépit de ces variations de composition, mais toujours avec la plus grande prudence.

P. C.

Un mot sur l'éther phosphoré.

M. Planche m'a fait connaître un mémoire sur l'éther phosphoré qu'il a publié en 1805 dans le *Journal général de médecine.* Entre autres observations est habile pharmacien signale la séparation du phosphore qui se produit quand l'éther phosphoré est en contact avec une liqueur aqueuse, et il a conseillé pour y remédier la division préalable de l'éther dans un sirop, et l'obligation de laisser à la potion une assez grande densité en ménageant la proportion des eaux distillées. M. Planche avait également reconnu ce fait, qu'il est bon de signaler de nouveau à cause de son importance, c'est

que les potions phosphorées exposées à la chaleur, ou aux rayons lumineux, se troublent et laissent séparer du phosphore; et il recommande de tenir ces potions couvertes d'une étoffe noire. J'ai eu depuis l'occasion de reconnaître toute l'exactitude de cette assertion. En remplaçant dans les potions l'éther phosphoré par l'huile phosphorée, comme je l'ai conseillé, les mêmes inconvéniens sont moins à redouter, parce que le phosphore est en véritable dissolution dans l'huile et n'est plus suspendu en poudre fine dans la potion.

SOUBEIRAN.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

NOVEMBRE 1834.

OBSERVATIONS

Sur les préparations d'opium en général ; par M. LE CANU.

A l'exemple de quelques pharmacologistes, qui n'ont malheureusement pas trouvé d'aussi nombreux imitateurs qu'ils le méritaient, M. Soubeiran a, dans ces derniers temps, fait de plusieurs préparations pharmaceutiques, et notamment de celles d'aconit, de salsepareille et de ratanhia, l'objet d'observations d'un haut intérêt. Il faut avouer cependant que les conséquences auxquelles l'ont conduit des considérations empruntées pour la plupart à l'analyse de ces matières médicamenteuses, ont été parfois combattues ; ainsi M. Caventou a pensé que les expériences d'Hancock et de quelques autres chimistes étrangers ne prouvaient pas d'une manière assez incontestable la volatilité ou du moins la prompte altérabilité par la chaleur du principe actif de la salsepareille, pour qu'il devint nécessaire d'abandonner l'usage de son sirop préparé par longue décoction ; et, d'un autre côté, M. Polydore Boullay a judicieusement fait observer que si les analyses de Bucholz et de Braconnot conduisaient à considérer l'extrait d'aconit préparé par la méthode ordinaire comme un assez mauvais médicament, les analyses plus récentes, publiées en Allemagne par Geiger et par Hesse, conduisent au contraire à le considérer comme un médicament énergique, puisque, outre le principe fugace de Bucholz et de Braconnot, l'aconit renferme un principe actif fixe, l'aconitine. Mais, quelqu'importance que l'on accorde à ces objections, les recherches auxquelles elles s'appliquent n'en demeurent pas moins aux yeux de tous d'une incontestable utilité.

Aussi, bien que dans l'état actuel de la chimie organique il y ait, ce me semble, danger réel à se contenter des données qu'elle fournit pour rejeter comme imparfaits des procédés dont les avantages pourront un jour ressortir de découvertes ultérieures, et par suite proposer de nouvelles formules, de nouveaux modes opératoires, je persiste à penser que tout travail qui tend à faire une sage application des données de l'analyse à des préparations presque toujours fournies par l'empyrisme, doit nécessairement tourner à l'avancement de l'art pharmaceutique.

C'est pénétré de cette idée que j'entreprends d'examiner sous le point de vue théorique les médicamens que l'opium sert à préparer, choisissant pour sujet d'étude cette matière médicamenteuse de préférence à toute autre pour plusieurs motifs.

Et parce que l'opium étant une des matières médicamenteuses les mieux connues dans sa composition intime, les conséquences qu'il me faudra déduire de résultats analytiques n'en seront que plus sûres.

Et parce que l'opinion que l'on s'est à diverses époques formée de la nature de ses principes actifs ayant fréquemment varié, il y aura là motif de mieux faire ressortir les dangers que l'on court en semblable matière à regarder comme définitives les idées du moment ;

Et enfin parce que l'examen des préparations d'opium me fournira plus que tout autre de fréquentes occasions de signaler à la reconnaissance des pharmaciens des noms qui ont jeté et jettent encore un vif éclat sur notre honorable profession ;

Je commence par montrer combien les idées que l'on s'est faites à diverses époques sur la composition chimique de l'opium ont varié, et combien, par contre, les moyens jugés les meilleurs pour le faire servir au traitement des maladies s'en sont trouvés influencés.

On admit d'abord, et pendant fort long-temps, que l'action exercée par l'opium sur l'économie animale dépendait tout entière de la présence de principes volatils. De là l'usage si vanté de l'eau distillée d'opium, de l'alcoolat d'opium, de l'extrait d'opium préparé par macération avec peu d'eau et concentration au bain-marie.

Puis de nouvelles observations ayant conduit à penser qu'il était possible de rendre l'opium, de narcotique et de calmant qu'il était, tout à la fois purement calmant, on admit dans cette substance l'existence de plusieurs principes actifs, dont les uns, de nature volatile, étaient la cause de ses effets narcotiques, et les autres, de nature fixe, la cause de ses effets calmans.

De là la torréfaction de l'opium, son mélange avec des aromates pour en dégager ou du moins en neutraliser les principes narcotiques ; de là encore la préparation de l'extrait d'opium par décoction et digestion prolongée selon les méthodes d'Hombert, de Diest et de Baumé, par fermentation selon la méthode de M. Deyeux, par fermentation dans le suc de coings selon la méthode de Langelot. Tous ces pro-

cédés avaient évidemment pour objet principal d'opérer la séparation ou l'altération des principes volatils narcotiques, et de ne conserver dans l'extrait que les principes fixes calmans de l'opium.

Plus tard, vers 1804, quand Derosne et Seguin eurent démontré dans l'opium l'existence d'une matière cristalline particulière, susceptible d'exercer sur l'économie animale une action marquée, sans que toutefois leurs expériences eussent alors fait voir que la matière cristalline de Derosne différait essentiellement de la matière cristalline de Seguin, on considéra le produit cristallin, quel qu'il fût, comme le principe actif de l'opium, et, supposant que les médicamens dont l'opium faisait partie étaient d'autant plus actifs qu'ils contenaient une plus grande proportion de matière cristalline, l'on s'attacha dès lors exclusivement à la conserver dans les extraits, à l'y accumuler, en opérant la séparation de la matière résineuse qui l'accompagnait.

Le procédé de la pharmacopée batave, qui consistait à traiter l'opium par deux fois son poids d'alcool froid, à faire sécher le résidu, à le reprendre par l'eau, à recueillir la liqueur aqueuse et à l'évaporer, le procédé de M. Limousin Lamothe, heureuse modification du procédé plus ancien de Josse, et dans lequel on battait l'opium avec une certaine quantité de poix résine avant de le faire bouillir dans l'eau pour séparer ensuite au moyen du filtre de la liqueur opiacée refroidie les masses résineuses interposées, étaient tous deux destinés à séparer la résine de l'opium, soit en la dissolvant au moyen de l'alcool de préférence à la matière cristalline, soit en lui faisant contracter avec la poix résine une sorte de combinaison qui ne lui permettait plus ensuite d'être entraînée par l'eau.

Enfin, quelques années après (1817), M. Robiquet, en reprenant pour le perfectionner le beau travail de Sertuerner sur l'opium, ayant prouvé, contradictoirement à l'opinion émise par l'illustre pharmacien allemand, que si la matière cristalline de Seguin est une véritable base salifiable organique existant dans l'opium intimement unie à l'acide méconique, la matière cristalline de Derosne n'est pas un sous-méconate, mais une matière distincte particulière préexistant conjointement avec le méconate acide; et, d'un autre côté, MM. Orfila et Magendie, ayant constaté, par de nombreuses expériences dans chacune de ces deux matières, dans le sel de Derosne (narcotine), dans le sel de Seguin (morphine), des propriétés physiologiques spéciales; sans attacher plus d'importance qu'on ne l'avait fait depuis plusieurs années à ses principes volatils, on sentit l'avantage qu'il y aurait à pouvoir au besoin obtenir avec l'opium un médicament privé de l'une des matières précitées. Les procédés de MM. Robiquet et Dublanc, fondés sur la propriété que possède l'éther d'enlever à l'extrait d'opium la narcotine sans attaquer le méconate acide de morphine, furent en conséquence proposés.

Ainsi les principes volatils de l'opium, d'abord en possession exclusive de l'estime des médecins et des pharmacologistes, la partagèrent ensuite avec des principes fixes, et finirent par s'en trouver complètement déshérités au profit non moins exclusif à son tour de la narcotine et de la morphine.

Depuis 1817, l'opinion que l'on s'était formée de la composition de l'opium, et de l'influence thérapeutique exercée par chacun de ses principes constituans, demeura très-sensiblement stationnaire. Aussi, dans la thèse fort remarquable qu'il soutint en 1821 à l'Ecole de pharmacie de Paris, sur les préparations d'opium, M. Decourdemanche croyait-il encore pouvoir juger, par la présence en plus ou moins grande proportion dans ces mêmes préparations, de la narcotine et de la morphine, de leur valeur médicale relative. Mais, aujourd'hui, l'existence bien démontrée dans l'opium de principes volatils, la découverte surtout de la codéine par M. Robiquet, de la narcéine par M. Pelletier, de la méconine par MM. Dublanc jeune et Couërbe, ne permettent plus de considérer la narcotine et le méconate acide de morphine comme les seules causes de l'action de préparations d'opium sur l'économie animale. Il devient nécessaire de reprendre en sous-œuvre, si je puis m'exprimer ainsi, le travail de notre honorable confrère pour le mettre en harmonie avec l'état actuel de la science. Je vais donc maintenant, après avoir établi d'après les données à la fois les plus récentes et les plus positives la composition chimique de l'opium, indiquer les médicamens les plus usités qu'il sert à préparer, chercher à déterminer *à priori*, d'après leurs propriétés connues, quels sont ceux des principes constituans de l'opium qui doivent faire partie de tel ou tel composé, quels sont ceux au contraire que les opérations pratiques doivent éliminer ou seulement modifier.

Les principes constituans de l'opium, aujourd'hui généralement reconnus, sont :

1° La narcotine de MM. Derosne et Robiquet;
2° Le méconate acide de MM. Seguin et Sertuerner;
3° Le méconate acide de codéine de M. Robiquet;
4° La narcéine de M. Pelletier;
5° La méconine de MM. Dublanc jeune et Couërbe;
6° Le caoutchouc de M. Robiquet;
7° La bassorine de M. Pelletier;
8° Le sulfate de morphine de M. Dupuy;
9° Le sulfate de chaux } de M. Derosne;
10° Le sulfate de potasse }
11° La matière volatile }
12° —— résineuse } des anciens chimistes;
13° —— gommeuse }
14° La matière grasse à laquelle M. Pelletier a reconnu des propriétés acides;
15° Le ligneux.

Quant aux préparations d'opium, les plus usitées sont :

La poudre,
La teinture alcoolique,
Le laudanum liquide de Sydenham,
— — de Rousseau,
L'eau distillée,
Les extraits,

Enfin, le sirop que l'on peut ici négliger, puisqu'il a pour véhicule une dissolution aqueuse d'extrait aqueux.

De la poudre.

Relativement à la première de ces préparations à la pou-

dre, il est évident qu'elle doit renfermer tous les principes de l'opium sans exception, et tels qu'ils préexistent. Seulement le principe volatil devra s'y trouver en proportion d'autant plus grande qu'elle aura été plus récemment préparée, conservée dans un vase mieux clos, obtenue avec de l'opium séché à une plus basse température. Ces conditions devront donc être prises en considération quand on préparera la poudre d'opium, puisque cette poudre doit représenter l'opium lui-même dans un état convenable de division.

De la teinture alcoolique.

La teinture alcoolique que le Codex prépare avec l'extrait aqueux dont nous indiquerons plus tard la composition, doit renfermer tous ceux des principes constituans de cet extrait qui sont solubles dans l'alcool à 22 ; je dirai même qu'elle les renferme tous, puisqu'il est d'observation que l'extrait bien préparé se dissout sans résidu dans l'alcool du degré précité. Le résultat pourrait toutefois n'être plus absolument le même, si l'alcool employé, ainsi que le prescrivent certaines pharmacopées étrangères, était à des degrés différens. Alors, quelques principes solubles dans l'alcool à 22 pourraient être éliminés, si non en totalité, du moins en partie. Ce serait sans doute principalement

La matière gommeuse,
Le sulfate de potasse,
Le sulfate de chaux,

qui se trouveraient éliminés si l'alcool était très-concentré ; sans doute au contraire

La matière résineuse,
— grasse acide,
— volatile,

voire même la narcotine si l'alcool était très-affaibli.

Quoi qu'il en soit, l'alcool ne paraissant exercer aucune réaction sur les principes de l'opium, et l'extrait d'opium se dissolvant tout entier dans l'alcool à 22, on voit que le médicament dont nous nous occupons doit constituer une simple dissolution alcoolico-aqueuse de tous les principes contenus dans ce même extrait.

Le laudanum de Sydenham.

Dans la préparation du laudanum de Sydenham, produit de la macération dans le vin de Malaga, de l'opium, du girofle, de la cannelle et du safran, le vin à son tour doit dissoudre les principes de l'opium solubles dans l'alcool faible ; par conséquent, sans doute :

Le méconate acide de morphine,
— — de codéine,
La méconine,
La narcéine,
Le sulfate de morphine,
— de potasse.

A l'exclusion en partie de la matière résineuse,
— volatile,
— grasse.

Sans doute aussi de la narcotine, peu ou point solubles dans l'alcool faible.

A l'exclusion totale de la bassorine et du caoutchouc insolubles dans l'alcool et dans l'eau, sans toutefois qu'il y ait à cet égard certitude, tant que l'analyse du liquide et celle du résidu n'auront point été faites ; mais le vin de Malaga ne résulte pas du simple mélange de l'alcool et de l'eau. Dans les proportions ordinaires dans ce vin de 18 d'alcool pour 62 d'eau en volumes, les principes du vin peuvent réagir d'une manière quelconque sur ceux de l'opium. Par exemple, les acides libres pourront faciliter la dissolution de la narcotine que l'on sait être beaucoup plus soluble dans les liqueurs acides que dans celles qui ne le sont pas, et par suite en modifier notablement les effets physiologiques, suivant les observations de MM. Magendie et Orfila. D'un autre côté, la matière tannante pourra se combiner avec la narcotine et la codéine, ainsi que l'ont fait voir MM. Derosne et Robiquet, et jusqu'à un certain point se neutraliser.

Il résulte de là que l'on ne peut établir *à priori* que d'une manière tout-à-fait problématique la composition du laudanum de Sydenham ; mais que, dans tous les cas, ce médicament ne paraît pas devoir être considéré comme une simple dissolution au moyen du vin, des principes de l'opium. La composition chimique des vins, déjà sujette, dans une même espèce récoltée dans des conditions différentes, a d'assez sensibles variations, différant d'ailleurs en général beaucoup d'une espèce à l'autre, il est évident qu'il y a nécessité dans la préparation de ce laudanum, de ne remplacer le vin de Malaga par aucun autre, si l'on tient, comme on le doit, à obtenir un médicament aussi rapproché que possible de celui qu'employait Sydenham. En outre, la nature même du vin de Malaga étant telle qu'il doit moins favoriser la solution de la narcotine, moins altérer la codéine, faciliter davantage la conservation du médicament, en raison de ce qu'il contient moins d'acides libres, moins de tannin, plus d'alcool et de sucre que la plupart de nos vins de France, on sent dès à présent le motif de la préférence que l'illustre médecin anglais lui accordait.

Du laudanum de Rousseau.

Le laudanum de Rousseau, pour peu qu'on réfléchisse à son mode de préparation, paraît constituer un médicament moins uniforme encore dans sa composition que le laudanum de Sydenham, puisque la fermentation est pour nous une opération tellement obscure, que nous ne pouvons, pour ainsi dire, ni la produire, ni l'arrêter, ni même la diriger dans sa marche. Sa composition doit varier, non-seulement lorsqu'au lieu de le préparer suivant la formule originale de l'abbé Rousseau, d'ajouter au liquide, rapproché par l'évaporation en consistance syrupeuse, le liquide alcoolique recueilli pendant l'évaporation, on le prépare suivant la formule réformée de Baumé, en ajoutant au liquide syrupeux une certaine quantité de liqueur alcoolique correspondante à celle qui s'est dissipée pendant l'évaporation ; mais encore

en raison des produits qui se forment pendant l'acte de la fermentation. Aussi serait-il impossible d'en établir même *à priori* la composition probable. C'est, à mon avis, un de ces médicamens qu'il nous faut préparer religieusement comme le préparaient nos pères, en attendant du temps l'explication de ce que leur mode de préparation a pour nous d'incompréhensible dans sa marche comme dans ses résultats ; mais ne pas rejeter de la pratique médicale parce que, d'une part, son action a trop souvent été constatée pour qu'il soit possible de la révoquer en doute, parce que, d'autre part, l'ignorance où nous sommes de sa composition ne permet pas de lui substituer quelqu'autre médicament.

De l'eau distillée.

L'eau que l'on distille sur l'opium contient, à n'en plus douter d'après les expériences de M. Pelletier, des matières organiques, par conséquent quelle que soit la nature de ces matières, qui sont encore, on peut le dire, fort mal connues, et, sans préjuger en quoi que ce soit la question encore si débattue de leur importance thérapeutique, on peut du moins concevoir que l'alcoolat et l'eau distillée qui les renferment peuvent leur devoir une certaine action sur l'économie animale, et que, partant, il peut ne pas exister une aussi parfaite identité qu'on l'a cru pendant long-temps entre des médicamens, à la préparation desquels on procédait sans tenir compte de ces mêmes matières volatiles.

Au reste, je ferai remarquer à ce sujet que si quelques médecins ont eu parfois le tort d'attribuer à certains corps des propriétés thérapeutiques qu'ils ne possèdent pas en réalité, les pharmaciens, de leur côté, ont eu celui de faire en général trop peu de cas des principes encore insaisissables que renferment les matières organiques, de mettre trop en doute les propriétés attribuées à diverses substances, pour cela seul que leurs moyens d'analyse n'y faisaient rien rencontrer qui pût en expliquer physiquement, matériellement les effets. Dans ces dernières années, par exemple, on a généralement refusé dans les laboratoires, à un liquide incolore et d'une légère odeur d'empyreume, les propriétés constatées à l'étranger d'arrêter immédiatement les hémorrhagies, parce qu'aucun réactif ne le troublait, parce que l'évaporation ou tout autre moyen d'analyse y faisait seulement apercevoir des traces de matière empyreumatique, tandis que maintenant nous concevons parfaitement que le liquide précité pouvait devoir à la présence d'une très-petite quantité de créosote ses propriétés physiologiques.

Des extraits.

Quant aux extraits, le procédé précédemment décrit des anciens pharmacologistes, ceux de Hombert, de Diest, de Baumé, de Josse, de Limousin Lamothe, de Cartheuser et de Croharé, celui enfin de Cornet, lequel, maintenant adopté, consiste, comme chacun sait, à laisser macérer pendant trente-six à quarante-huit heures, et à plusieurs reprises, l'opium du commerce dans six fois son poids d'eau froide, à filtrer, à évaporer, à redissoudre le résidu amené en consistance d'extrait mou, dans huit parties d'eau froide, à filtrer, à évaporer de nouveau, et ainsi jusqu'à trois reprises, me semblent fournir des extraits aqueux contenant, et dans le même état, les divers principes trouvés par expérience dans l'extrait que M. Pelletier a analysé, par conséquent :

Le méconate acide de morphine,
La méconine,
La narcéine,
La gomme,
De la narcotine,
De la résine,
De la matière huileuse,
De la matière colorante brune acide.

J'ajouterai :

Du principe vireux volatil,
Le méconate acide de codéine, découvert postérieurement à l'analyse de M. Pelletier,
Le sulfate de morphine,
Le sulfate de potasse,
Du sulfate de chaux.

Le marc, résidu des traitemens par l'eau, se compose, dans ce cas :

D'un peu de matière extractive brune acide que l'eau ne parvient jamais à dissoudre complétement,
D'un peu de matière gommeuse,
De la majeure partie du principe vireux,
— de la narcotine,
— de la matière grasse,
— ——————— résineuse,
— du sulfate de chaux,
— de tout le caoutchouc,
— de toute la bassorine
— de toute la fibre végétale.

Mais il faut remarquer que dans ces divers extraits les principes dissous ne doivent pas se trouver en égale proportion. Par exemple, la narcotine, la résine et la matière grasse paraissent être plus abondantes dans les extraits faits au moyen de l'eau chaude que dans les extraits faits au moyen de l'eau froide, dans les extraits faits en traitant l'opium par peu d'eau à la fois, que dans ceux faits avec beaucoup d'eau, dans les extraits par simple évaporation que dans les extraits par dissolution et évaporation successive. La cause en est : 1°. que la présence en grande quantité des principes solubles de l'opium favorise la solution des principes par eux-mêmes peu ou point solubles ; 2°. que cette solubilité se trouve encore augmentée par le contact de la chaleur qui opère entre les principes une sorte de combinaison ; 3°. qu'en redissolvant dans beaucoup d'eau froide l'extrait d'opium pour concentrer ensuite les liqueurs, on élimine à chaque dissolution une certaine quantité de matière grasse de résine et même de narcotine. D'un autre côté, le principe volatil doit être en moindre quantité dans les extraits faits par longue digestion que dans les extraits faits au bain-marie par la méthode ordinaire, soit qu'il se dissipe, soit qu'il s'altère.

La composition chimique de ces extraits, bien que sans doute très-analogue, n'est donc pas en définitive identique.

Les extraits préparés par le procédé de la pharmacopée batave ou par celui de Lemery et de Quincy, me semblent encore, comme les précédens, devoir contenir tous les principes trouvés par l'analyse dans l'extrait aqueux d'opium, et dans le même état, puisqu'il n'y a pas de réaction probable entre l'alcool et chacun de ces principes; mais ces extraits doivent offrir entre eux une moindre analogie. En effet, le procédé de la pharmacopée batave, en prescrivant de laver l'opium au moyen de l'alcool, dans le but d'opérer la dissolution de la résine, avant de le traiter par l'eau, doit nécessairement opérer aussi la dissolution d'une certaine quantité de ses principes actifs, tandis que l'extrait de Lemery, préparé en traitant l'opium successivement par l'alcool et par l'eau, n'en sépare que le caoutchouc, la bassorine, les matières terreuses et les débris de végétaux interposés. Le premier de ces procédés peut donc fournir en réalité un extrait plus actif que ne l'est l'extrait aqueux, s'il est vrai que l'alcool froid enlève proportionnellement à l'opium plus de matière grasse et résineuse que de principe actif. Le second doit fournir un extrait moins riche, à volume égal, en méconate acide de morphine et de codéine en méconine et en narcéine, puisqu'il contient toute la résine et toute la matière grasse qui les accompagne dans l'opium, et que l'eau en sépare presque en totalité. Toutefois il est à remarquer que la présence en plus grande quantité, dans cet extrait de la narcotine, peut établir sous ce rapport une sorte de compensation.

L'extrait par le vin, proposé par le Codex de 1758, semble se rapprocher beaucoup de l'extrait préparé par le procédé de Lemery; mais l'addition des principes constituans du vin, principes qu'il faut considérer tout à la fois sous le rapport des réactions qu'ils peuvent exercer et des matières qu'ils ajoutent à la masse extractive, ne permettent pas d'établir entre ces deux extraits l'analogie qu'ils sembleraient au premier coup d'œil présenter. Ce que nous avons dit du laudanum de Sydenham peut en effet être applicable à cette espèce d'extrait, en tant surtout que le vin contient de l'alcool, des matières acides et tannantes en proportions variables. De plus, comme le Codex n'a point précisé la quantité de vin qu'il fallait employer, l'extrait peut être différent, toutes circonstances égales d'ailleurs, si l'on emploie à sa préparation des quantités différentes de vin.

L'extrait par l'éther, suivant les méthodes de MM. Robiquet et Dublanc jeune, diffère au contraire d'une manière extrêmement tranchée des précédens; car non-seulement l'éther employé à sa préparation opère le départ de la narcotine et de la matière grasse dont les extraits d'opium aqueux retiennent toujours quelque peu, mais aussi sans doute celui de la méconine, que l'on sait partager avec la narcotine la propriété exclusive aux méconates de morphine, de codéine, ainsi qu'à la narcéine, de ne pas se dissoudre exclusivement dans l'éther.

Cet extrait constitue donc un médicament tout particulier, fort éloigné par sa composition, et sans doute aussi par ses propriétés physiologiques des extraits proprement dits.

En résumé, les préparations d'opium que nous venons d'examiner ne paraissent pas devoir être identiques dans leur composition, soit que les principes constituans de l'opium s'y trouvent en proportions différentes, soit que ces mêmes principes s'y trouvent sous des états différens.

Partant, leur action sur l'économie animale peut ne pas être la même.

Mais comme les effets physiologiques que les médecins ont l'intention de produire en les administrant, sont eux-mêmes extrêmement variés, il peut se faire qu'il y ait, dans certain cas, avantage réel à faire usage de tel ou tel de ces médicamens qu'il faudrait, dans un cas contraire, ne pas employer. Ainsi, quand l'effet physiologique jugé nécessaire sera plutôt produit par les méconates acides de codéine et de morphine que par la narcotine, ou modifié défavorablement par la présence de cette dernière substance, l'extrait privé de narcotine de MM. Robiquet et Dublanc deviendra sans doute préférable aux extraits aqueux ordinaires; de même que, si le malade se trouve dans les conditions indiquées, le laudanum de Rousseau, préparé suivant la formule originale, deviendra préférable au laudanum préparé suivant la formule réformée de Baumé. Chacune des préparations précitées pourrait donc peut-être offrir des avantages spéciaux, mais il ne s'ensuit pas qu'elles aient une égale valeur.

D'abord, on ne peut disconvenir que ceux de ces médicamens à base d'opium, qui, à l'exemple de certains extraits et du laudanum par fermentation, sont préparés à l'aide de procédés tels qu'ils ne peuvent fournir des produits toujours identiques, ont sous ce rapport un désavantage marqué.

Ensuite il en est d'autres qui paraissent offrir une si grande analogie de composition en raison même des procédés à l'aide desquels on les prépare, qu'il est rationnel de les supposer susceptibles d'être confondus les uns dans les autres. Tels sont la plupart des extraits aqueux.

Il s'agirait donc, pour ceux-là, de préciser les circonstances véritablement favorables à leur bonne constitution; pour ceux-ci, de déterminer par des expériences chimiques et physiologiques convenables, s'il est effectivement possible de choisir entre eux celui qu'il est le plus facile d'obtenir et dont l'emploi pharmaceutique offre le plus d'avantages. Des recherches dirigées dans ce sens profiteraient plus, je le pense, à l'art pharmaceutique, qu'elles rendraient à la fois et plus facile et plus sûr que l'introduction dans la pratique de nouvelles préparations d'opium, destinées peut-être, quelques années plus tard, à devenir aussi problématiques dans leurs avantages que la plupart de celles qu'elles auraient remplacées. Je ne crois en effet rien plus préjudiciable à notre art que cette multitude toujours croissante de préparations métis, qui ne produisent en réalité ni des principes immédiats purs jouissant de propriétés constantes, ni des mélanges ou des combinaisons représentant fidèlement sous une autre forme les matières premières elles-mêmes. Au lieu de fournir sans cesse aux formulaires de tout genre de nouveaux contingens, mieux vaudrait, ce me semble, que les pharmaciens, comme chimistes, s'attachassent à déterminer assez exactement la composition intime des matières organiques, pour qu'il devînt un jour possible de dédoubler pour ainsi dire leurs propriétés avec leurs principes; et comme praticiens, cherchassent de préférence à se placer

toujours dans les mêmes circonstances pour donner à leurs produits une entière similitude de composition et d'aspect.

NOTES

Sur le manioc amer et essais analytiques sur le suc de sa racine ; par M. O. HENRY.

Le manioc (*jatrapha manihot, janipha manihot*), de la famille des euphorbiacées, est un arbrisseau originaire de l'Amérique, dont la culture a beaucoup multiplié l'espèce depuis la Floride jusqu'à la terre magellanique, ainsi que dans plusieurs contrées de l'Asie et de l'Afrique. C'est en effet des racine sde ce végétal que dérive une des principales sources de l'alimentation. Il est deux espèces de manioc, le *doux* et l'*amer*, que l'on cultive avec soin et dont on retire différens produits ; le manioc amer surtout, malgré le principe vénéneux très-actif qu'il renferme, est celui qui paraît le plus répandu et le plus avantageux pour son produit : on sait que ce principe dangereux, dont l'action si prompte est reconnue depuis long-temps, se dissipe ou se détruit par la chaleur, et qu'alors il est facile d'extraire du végétal une substance propre à la nourriture des hommes et des animaux. Tous les auteurs d'histoire naturelle s'accordent assez dans l'indication des procédés employés à l'extraction de ces produits alimentaires ; aussi je ne m'y arrêterai qu'un instant en me bornant à présenter quelques détails à ce sujet ; j'espère qu'ils offriront de l'intérêt, car ils ont été pris sur les lieux mêmes et recueillis fidèlement. Je les dois à l'extrême obligeance de M. le docteur Sureau, mon beau-frère et mon ami, qui, ayant habité Saint-Domingue pendant l'espace de dix à douze années, a vu l'extraction et la préparation des produits du manioc assez souvent répétées sous ses yeux, pour les transmettre avec beaucoup d'exactitude ; les voici :

Le janipha manihot offre deux espèces bien distinctes, comme je l'ai dit ; l'une *douce* non vénéneuse ; l'autre *amère*, contenant à côté du principe alimentaire un poison aussi violent que subtil ; cette dernière est généralement la plus multipliée.

Il est assez difficile de distinguer les racines de l'une et de l'autre espèce ; toutefois, en les examinant bien, on remarque dans les racines de *manioc doux*, vers le centre, des filamens ligneux, qu'on ne retrouve pas dans le manioc *amer*, et de plus, la première se ramollit à la cuction sèche ou humide, tandis que l'autre n'éprouve rien de semblable, mais reste dure. On prépare des deux espèces, *la cassave, la farine de couscousse* et le *tapioca* (1).

Pour obtenir la cassave, on lave les racines arrivées à la grosseur du bras, puis on les soumet à l'action d'une râpe grossière, et l'on exprime la pulpe dans des sacs de plusieurs tissus. C'est particulièrement avec un instrument qui rappelle beaucoup la *chausse d'Hippocrate*, et qui est fait avec un tissu d'écorce d'arbre médiocrement serré est très-fort ; à l'aide d'une pression exercée à la base par des pierres ou poids suspendus, la partie liquide s'écoule et est reçue dans des vases placés au-dessous. Cela fait, on prépare la *cassave* ou pain de *cassave*, en prenant cette pulpe bien exprimée, l'étendant sur des plaques de fer en couches de un ou deux pouces d'épaisseur, et les cuisant en forme de grandes galettes qu'on laisse ensuite sécher sur le chaume des cases à nègres.

La racine de manioc fournit une grande quantité de fécule que l'on prépare à la manière ordinaire, et qu'on vend dans les colonies sous le nom d'*amidon*, de *cipipa*, de *moussache*. Les blanchisseuses, s'en servent pour empeser le linge, mais préfèrent la fécule d'*arrowroot*, qu'elles nomment improprement *sagou*. Il est important, dans la pratique de la médecine, de s'assurer dans ces pays de l'origine de l'amidon qu'on prescrit en lavement, car on a vu d'assez graves accidens résulter de l'usage de celui du manioc, qui probablement avait été mal lavé.

Les parties de pulpe qui n'ont pas traversé le tamis, sont séchées, légèrement torréfiées et écrasées pour former une farine très-grossière, nommée *farine de couscousse* ou *tapioca*. Bouillie avec du lait, elle forme un excellent aliment.

La racine de manioc amer est, comme on l'a déjà dit, fort vénéneuse, et l'on voit, par ce qui précède, que son principe vénéneux réside dans le suc ; ce principe paraît très-volatil, et son odeur pénétrante se rapproche beaucoup de celle de l'acide hydrocyanique. Cependant, bien que le suc de manioc amer soit extrêmement dangereux, souvent les nègres appliquent d'épaisses couches de pulpe récente de cette racine sur de très-larges ulcères, sans éprouver d'autres effets sensibles qu'une amélioration marquée de la plaie. Il est probable alors que, si l'acide hydrocyanique faisait partie du principe vénéneux dans les proportions que sembleraient indiquer l'odeur de ce suc et la volatilité du poison, certes on n'appliquerait pas impunément cette pulpe sur d'aussi larges surfaces, tout en faisant la part du peu de vitalité des parties ; car c'est toujours sur de vieux ulcères fongueux ou calleux qu'il est mis en usage.

Au sujet de l'action toxique du suc de manioc amer, M. Sureau m'a transmis une histoire qui m'a paru offrir assez d'intérêt pour la rapporter ici.

On sait que les esclaves, dans les colonies, attentent quelquefois à leurs jours. Voici, dit M. Sureau, ce que me rapporta un juge de paix de la commune de Cavaillon (St.-Domingue), fils d'un médecin français, et lui-même homme

---

(1) Dans le *Dictionnaire des sciences naturelles*, tom. XXIV, et dans le *Journal de Pharmacie*, tom. III, il est fait mention aussi d'autres produits du manioc, employés soit comme alimens, soit comme condimens ; tels que : le *langon*, le *cabiou* ; ainsi que différentes boissons fermentées auxquelles on donne les noms de *vicou, cachivi, paya, vouapaya*. Nous renvoyons les lecteurs à l'article de M. virey, inséré dans notre journal ; on y trouvera des détails fort intéressans, et plusieurs remarques sur la culture et la récolte de la racine de manioc.

très-éclairé. « Avant la révolution, j'étais, dit-il, un des » inspecteurs généraux de culture; faisant un jour une » tournée, j'arrivai sur une habitation où l'on m'apprit » qu'un des nègres venait d'avaler du suc de manioc. L'atelier l'entourait, et nous redoutions beaucoup ce funeste » exemple, qui était presque toujours suivi de pareils suicides. J'ordonnai immédiatement que l'esclave (déjà un » peu souffrant) fût fouetté. Le malheureux fut donc livré » à l'inexorable *commandeur*, qui le poursuivit dans la » cour, armé du redoutable instrument. Les dragons de » l'escorte de l'inspecteur le poursuivirent aussi : le malheureux, cherchant à échapper aux coups, courait çà et là, » sautait, se roulait par terre. L'exécution achevée, on s'attendait à le voir périr victime du poison qu'il avait pris, » quand, à la joie générale, il en fut quitte pour sa fustigation et n'éprouva aucun accident.

» Le hasard voulut qu'un mois environ après, et dans le » voisinage, un autre nègre s'empoisonnât de même. Un des » dragons, présent *à la première cure*, conseilla immédiatement le *remède* précédent de l'inspecteur, et le patient fut sévèrement fustigé; il guérit. »

Les porcs sont très-friands de manioc, et lorsqu'on fabrique la cassave, ils trompent souvent la vigilance des ouvriers pour venir boire le suc dans les terrines. On a coutume alors de les poursuivre pendant une heure environ, de manière à les fatiguer beaucoup, et on les sauve.

Il serait facile, dit, M. Sureau, de donner une explication satisfaisante de ces faits. En général l'absorption se fait en raison inverse du degré de force et d'activité vitale. C'est ainsi que les individus, affaiblis par des causes physiques ou morales, contractent facilement les affections contagieuses. Ceux, au contraire, qui mènent une vie active, qui sont doués de beaucoup d'énergie morale, ou d'un certain degré d'insouciance, sont moins exposés que d'autres aux miasmes contagieux. Il n'est point d'épidémie qui ne permette de remarquer cette différence : la thérapeutique s'est emparé de cette observation physiologique, et, toutes les fois qu'elle veut introduire dans le système une substance médicamenteuse, elle en facilite l'absorption par un régime débilitant.

Nul doute que, dans le cas dont il s'agit, la course, la fustigation et l'espèce de lutte auxquelles se livrent les patiens, en accélérant la circulation, ne produisent, surtout par la chaleur de ces climats, une abondante diaphorèse, et ne s'opposent d'une manière victorieuse à l'absorption du principe vénéneux.

Les faits que je viens de rapporter, et d'autres bien constatés, ne laissent aucun doute sur les caractères toxiques de la racine de manioc amer. Son principe actif réside dans la partie aqueuse extraite par expression, et il paraît être très-soluble et volatil ou destructible par la coction que l'on fait subir à la pulpe dans ces diverses préparations alimentaires. Il y avait donc quelqu'intérêt à chercher, autant que possible, par l'analyse, la nature de ce principe. Déjà MM. Soubeiran et Pelletier (*Journ. de Pharmacie*, t. XIV) ont examiné une petite quantité de *suc de jatrapha manoihot;* mais sans doute à cause de la faible proportion sur laquelle ils ont agi, le suc distillé ne leur a offert qu'une odeur d'amandes amères, sans indice d'acide hydrocyanique, et de plus la présence de sucre incristallisable et d'une substance azotée osmazomique. Ayant reçu de M. Sureau une bouteille environ de suc de *manioc amer*, expédié avec le plus grand soin et accompagné d'eau distillée de la même plante, je songeai à soumettre ces produits à diverses épreuves, espérant que le suc, quoique facilement altérable, présenterait encore quelques particularités intéressantes et des restes du principe actif. L'eau distillée ne m'ayant donné nul indice d'acide prussique, ni rien de remarquable, je passe de suite à l'analyse du suc de manioc amer.

Analyse du suc de manioc amer.

Ce liquide, obtenu par expression de la pulpe fraîche, était d'une couleur jaune verdâtre, peu consistant, translucide surtout après la filtration, qui en a séparé quelques parties amylacées mêlées de glutine. Sa saveur laissait un peu d'amertume et en même temps avait un goût sapide non désagréable. Évaporé à l'air libre, il fournit de petits grains cristallins fort distincts.

Les réactifs n'y démontraient que très-peu de chaux, mais la présence d'un acide assez fort. L'alcool y produisait des flocons blancs visqueux, et par la baryte, le nitrate d'argent, on eut des précipités.

En exposant ce suc de manioc à l'action de la chaleur, il s'en est dégagé une odeur prussique assez sensible, qui fut suivie d'une autre très-piquante. Pour apprécier la nature de ces principes volatils, j'ai recueilli avec le plus grand soin les vapeurs dans une solution de nitrate d'argent étendue; il s'est formé bientôt des flocons blancs qui, recueillis à part sur un verre de montre, lavés à l'alcool et à l'eau, ont dégagé, par l'acide hydrochlorique, une odeur cyanique non douteuse (1). Il existait donc, dans le suc de manioc, ou de l'acide hydrocyanique, ou un principe capable de lui avoir donné naissance. Après cet essai, les vapeurs continuant à être très-piquantes, sans troubler le sel d'argent, je les ai reçues dans l'eau pure, et bientôt la liqueur acquit une acidité très-prononcée.

Je voulus m'assurer de la nature de cet acide, et voir s'il n'était pas formé d'acide *formique* engendré, soit par l'acide prussique, soit par un radical *cyanique* particulier préexistant dans le suc de manioc. A cet effet, l'eau du récipient, neutralisée par la soude caustique, fut évaporée avec soin à siccité; le sel qui en est résulté, chauffé dans un petit tube avec du deutoxide de mercure, n'a pas présenté le caractère tranché des formiates; savoir la formation de mercure métallique et celle d'acide carbonique. Seulement ce sel, traité par l'acide sulfurique, a produit des vapeurs piquantes d'acide acétique. C'était donc cet acide qui existait dans le suc de manioc examiné; je crois qu'il a dû résulter de quelqu'altération survenue à certains principes sucrés du suc de

---

(1) J'ai agi comparativement de la même manière sur une certaine quantité d'eau de laurier cerise non acide; les flocons formés dans le nitrate argentique, lavés avec bien du soin par l'alcool et par l'eau, m'ont fourni, au moyen de l'acide hydrochlorique, une odeur prussique des plus marquées.

manioc pendant le séjour de ce liquide dans la bouteille où il était contenu.

La matière restant dans la cornue, après l'opération ci-dessus, avait acquis une teinte brune; elle n'était pas encore exempte d'acide libre, et sa saveur amère, plus prononcée, indiquait en même temps quelque chose d'*osmazomique*. Je l'ai rapprochée au bain-marie avec précaution en consistance syrupeuse; et, pendant cette évaporation, j'ai remarqué encore l'odeur piquante de l'acide acétique. La liqueur épaisse refroidie se prit bientôt en une masse qui fut recueillie sur un petit linge, égouttée, exprimée, et lavée convenablement à l'alcool. Il en est résulté un dépôt blanchâtre A A sur lequel je vais revenir.

Les liquides de l'égouttage et du lavage alcoolique réunis, concentrés de nouveau au bain-marie, étaient amers, très-*âcres* au goût, et irritant fortement la gorge; leur odeur osmazomique était aussi bien plus prononcée. Enfin, au moyen de la levure, il se manifesta un certain mouvement de fermentation, quand on eut neutralisé exactement le reste d'acide contenu dans le produit qui nous occupe. C'était donc, d'après ces divers essais, un mélange, peut-être fort difficile à dissocier, mais principalement formé : 1° d'un principe amer, âcre; 2° d'acide acétique, 3° d'osmazome végétal, ou de ce qu'on est convenu d'appeler ainsi (matière déjà fort complexe par elle-même); 4° enfin de trace de sucre.

Quant au dépôt blanchâtre A A, dont j'ai parlé plus haut, après lavage à l'alcool, il fut séché à 100d., devint pulvérulent, blanchâtre, puis dissous dans l'eau distillée, tiède et filtré (il ne resta qu'une petite quantité de phosphate de chaux insoluble); la solution du sel était limpide, sans couleur ni saveur sensible, traitée par les réactifs; elle n'indiquait pas d'acide libre, l'*oxalate d'ammoniaque* n'y formait de précipité blanc léger qu'au bout de quelques instans.

La *soude caustique* donna un dépôt blanc gélatiniforme.

L'*ammoniaque* un précipité floconneux peu abondant.

Le *phosphate de soude* un louche qui, par l'addition d'ammoniaque, devint très-sensible.

L'*acétate de plomb*, *le nitrate d'argent*, n'y firent qu'un louche léger.

Le *sublimé corrosif*, *le proto-nitrate de mercure*, *et l'oxide rouge de mercure*, rien qui annonçat la présence d'un formiate.

L'*alcool* y déterminait un précipité dont le volume semblait assez grand.

Le *muriate de baryte* y fit un dépôt très-sensible.

La solution, évaporée à une douce chaleur, laissa bientôt un sel blanc cristallin neutre, brillant, en petites lames, légèrement efflorescentes à l'air. Ce sel, calciné dans un creuset de platine, fut bientôt décomposé avec production d'odeur de pain brûlé, et il resta, après une longue calcination, un résidu blanc reconnu pour de la magnésie; il y en avait environ 38 à 40 pour 100 du sel employé.

Enfin, une portion du sel organique intact ayant donné par le muriate de baryte un dépôt blanc, je l'ai lavé avec soin et en ai retiré, à l'aide de l'acide sulfurique étendu, de petites aiguilles soyeuses, solubles dans l'alcool. Je crois que ce sel, à base de magnésie, contenait un *acide organique* particulier, si j'en juge par comparaison avec les *citrate*, *malate*, *formiate*, *acétate*, *tartrate de magnésie*, mais j'en avais trop peu pour en bien constater les caractères; aussi je ne me hasarderai pas à donner à cet acide le nom d'*acide manihotique*, jusqu'à ce qu'il me soit possible de mieux l'examiner, si, comme je l'espère, il m'arrive de nouveau suc de *manioc amer*.

D'après les résultats de cet examen chimique, je puis regarder le suc de manioc amer qui m'a été remis comme composé, savoir :

1° D'acide hydrocyanique, ou du moins d'un principe volatil capable de lui donner naissance;

2° D'acide acétique, produit sans doute par la présence d'une certaine quantité de sucre contenu primitivement dans le manioc;

3° D'un sel organique à base de magnésie et dont l'acide m'a semblé de nature particulière (acide manihotique);

4° D'un principe amer, *âcre*, irritant la gorge, très-soluble dans l'eau et dans l'alcool;

5° D'une matière brune, complexe, soluble de même, d'une odeur et d'une saveur osmazomiques, mêlée de traces de sucre fermentescible;

6° De quelques sels insignifians, et particulièrement de *phosphate calcaire*;

7° Enfin, de restes de fécule amylacée et de glutine, formant un dépôt insoluble dans le suc non filtré.

MÉMOIRE.

Sur l'asparagine, par M. REGIMBEAU, de Montpellier.

Nous avons eu l'honneur d'adresser, l'année dernière, à M. Robiquet, une notice sur une substance particulière que nous avions retirée de la racine de guimauve (1). En com-

(1) Nous avons obtenu, mais une fois seulement, une petite quantité d'asparagine de la racine de guimauve, dans une des expériences que nous avons faites l'hiver dernier. Nous ignorons encore comment il se fait que, le plus souvent, au lieu d'avoir de l'asparagine, l'on n'obtient (ce qui arrive aussi quelquefois avec les asperges peu fermentées) qu'un sel à base de magnésie ou de chaux, soit que l'on suive le procédé de MM. Boutron-Charlard et Pélouze, par macération, soit que l'on opère par décoction ou par infusion, en précipitant même par l'alcool les principes gommeux et amylacés que renferment toujours assez abondamment les extraits de guimauve, préparés par les deux dernières méthodes que nous venons d'indiquer.

L'ammoniaque, fournie par une matière azotée, si toutefois l'asparagine (aspartate d'ammoniaque moins de l'eau), est le résultat d'une altération des plantes, se combinerait-elle avec l'acide aspartique en déplaçant la magnésie, primitivement unies à cet acide dans les végétaux?

On sait que M. Wittstoch a trouvé l'aspartate de magnésie dans la racine de guimauve; et j'ai lu dans un mémoire de M. Robiquet, publié en 1805 dans les Annales de chimie,

parant ses propriétés avec celles de l'asparagine, nous annonçâmes que nous avions réussi à extraire cette dernière des turions de *l'asparagus acutifolius*. N'ayant pu, à cette époque, continuer nos expériences, attendu que la saison où l'on recueille les asperges était passée, nous ne parlâmes point des circonstances imprévues qui nous avaient favorisé pour obtenir l'asparagine, et nous ne fîmes point par conséquent mention de l'état dans lequel se trouvaient les asperges d'où nous avions retiré ce produit (1), qui, selon l'opinion des auteurs, serait répandu ainsi que le sucre, la gomme et l'amidon, dans un certain nombre de familles de végétaux.

Ayant repris cette année nos recherches sur les turions de *l'asparagus acutifolius*, nous sommes heureux d'annoncer à la société de pharmacie, qu'après quelques expériences et quelques tâtonnemens, soit sur le degré d'altération que doivent subir les asperges, soit sur le point de concentration convenable des liqueurs pour la réussite de l'opération, nous sommes parvenu à trouver un procédé à peu près sûr et invariable pour extraire l'asparagine du suc de cette plante.

Nous ne rapporterons point ici les expériences que nous avons faites, pour vérifier celles de l'année dernière; nous nous bornerons à donner la description du procédé que nous avons suivi pour obtenir l'asparagine, et à indiquer les propriétés les plus remarquables de cette substance. Nous terminerons aussi par exposer quelques considérations particulières, soit en raison de la constitution chimique du produit qui nous occupe, et de son mode d'extraction, soit en raison de sa préexistence supposée dans les végétaux.

On se procure au mois de mai, époque à laquelle les asperges sont très-abondantes, des turions *d'asparagus acutifolius*, on les enveloppe d'un linge mouillé, et on les place dans un local à la température ordinaire, pendant trois ou quatre jours, et plus s'il le faut, en les tenant humectés légèrement; lorsqu'ils ont éprouvé par cette opération préliminaire et indispensable, un commencement de décomposition, ce que l'on reconnaît facilement à une odeur assez désagréable qui s'y développe (2). On les pile dans un mortier de marbre en ayant soin d'y ajouter une certaine quantité d'eau pour délayer le suc qui mousse ordinairement par la percussion; on exprime fortement dans une toile, on fait chauffer pour coaguler l'albumine et la chlorophylle, et l'on filtre; le suc filtré est concentré au bain-marie; filtré de nouveau et concentré jusqu'à consistance syrupeuse, il est abandonné dans un lieu tranquille; après douze à quinze jours d'évaporation à l'air libre, on trouve le vase dans lequel le suc a été mis en repos, tapissé de cristaux recouverts d'extrait peu consistant, quoique très-rapproché; on lave ces cristaux avec l'eau froide, ou avec l'alcool affaibli; c'est de l'asparagine dont nous avons l'honneur d'adresser des échantillons à la société de pharmacie.

Nous ferons observer que nous avons retiré également l'asparagine du marc des asperges fermentées. On fait bouillir ce marc dans une certaine quantité d'eau, et après avoir coulé le décocté et l'avoir rapproché convenablement, on en précipite, au moyen de l'alcool, le principe extracto-gommeux qui a été dissous par l'ébullition; on concentre la liqueur filtrée jusqu'à consistance de sirop, et on la met à cristalliser comme nous venons de l'indiquer. La précipitation du principe gommeux est indispensable pour le succès de l'opération, l'asparagine ne pouvant cristalliser, nous le répétons, *dans une liqueur visqueuse*. Lorsqu'on fait évaporer le décocté jusqu'à consistance d'extrait, on traite celui-ci par l'eau-de-vie, attendu que l'alcool rectifié précipiterait en entier l'asparagine mêlée à la matière extracto-gommeuse.

L'asparagine, que nous avons obtenue dans différentes opérations, présente les principaux caractères que les chimistes assignent à cette substance. Elle est cristallisée ordinairement en rhomboïdes: elle est peu soluble dans l'eau froide, un peu plus dans l'eau bouillante, insoluble dans l'alcool rectifié, mais se dissolvant un peu dans l'hydro-alcool; exposée sur des charbons ardens, elle se boursouffle en champignons, répand une odeur désagréable, comme alliacée, et laisse un charbon spongieux; elle rougit assez fortement le papier tournesol, lors même qu'elle est très-blanche et bien lavée, en l'appliquant sur ce réactif, après l'avoir mis en poudre, et l'avoir humectée avec de l'eau distillée; on obtient le même résultat avec une solution concentrée d'asparagine extraite, soit des asperges, soit de la racine de guimauve (1).

(*Nota.*) Nous nous empressons d'annoncer à la société,

---

que ce savant avait retiré du suc d'asperge, par l'analyse, un sel double de chaux et d'ammoniaque, dont l'acide lui était inconnu.

Il est possible que, lorsqu'on réussit à obtenir l'asparagine de la racine de guimauve, cela tienne à un commencement de fermentation qui aurait lieu pendant une opération nécessairement longue, à cause de la viscosité des macérés.

(1) Les asperges, qui nous avaient fourni l'asparagine, avaient éprouvé un commencement d'altération, et avaient une odeur si forte que nous voulions les faire jeter.

(2) Nous n'avons jamais pu obtenir l'asparagine des asperges non fermentées. La fermentation paraît être nécessaire pour détruire la plus grande partie du principe extracto-gommeux qui, donnant de la viscosité au suc concentré d'asperges, empêche la séparation de l'asparagine, si toutefois cette substance préexiste dans les végétaux.

(1) M. Wittstoch a eu raison de dire que l'extrait aqueux de la racine de guimauve donnait des quantités d'asparagine d'autant plus grandes, que les liqueurs étaient plus acides: il aurait remarqué qu'en saturant l'acide libre avec de l'eau de chaux, on n'obtient point d'asparagine, ou du moins que l'on n'en obtiendrait que des quantités insignifiantes. Ce fait de l'acidité des liqueurs a été contesté par MM. Boutron-Charlard et Pélouze, dans un mémoire qu'ils ont présenté à l'Académie des sciences. « Nous avons, disent-ils, examiné l'état des liqueurs, depuis la première heure de macération jusqu'à l'évaporation complète, et nous avons été étonnés de voir qu'elles aient été sans action sur le tournesol.

Nous pouvons assurer à cet égard, d'après nos expériences, que l'acidité se développe dans peu de temps dans les macérés de la racine de guimauve; pour la constater, on y trempe du papier tournesol peu chargé. Cette acidité, qui est due à une substance non volatile, pourrait bien être le résultat d'un commencement de fermentation. M. Wittstoch

qu'en continuant nos recherches, pendant que nous nous occupions de la rédaction de ce mémoire, nous sommes parvenu à extraire aussi l'asparagine des turions de *l'asparagus officinalis ;* le procédé qui nous a réussi est le même que nous avons adopté pour retirer cette substance de *l'asparagus acutifolius*, sauf quelques modifications qui, en abrégeant l'opération, obvient aux inconvéniens d'une évaporation longue, laquelle peut apporter, ce qui nous est arrivé quelquefois, des changemens notables dans les liqueurs, surtout lorsque la température ne favorise point cette même évaporation.

Voici les modifications que nous avons apportées à notre mode d'extraction de l'asparagine. Après avoir fait fermenter les asperges pendant huit jours, au lieu de quatre à cinq jours qui sont ordinairement plus que suffisans lorsque l'on opère sur les turions de *l'asparagus acutifolius* (ceux-ci étant probablement plus riches en asparagine ou en matières azotées), nous avons procédé comme à l'ordinaire, mais avec la différence cependant qu'au lieu d'exposer à la température de l'atmosphère, pendant douze à quinze jours, le suc d'asperges filtré et convenablement concentré au bain-marie, nous l'avons fait évaporer à l'étuve, jusqu'à consistance de sirop *très-cuit*, de suite son extraction et la dépuration faite, et après l'avoir additionné d'une petite quantité d'alcool pour empêcher leur altération. Dans cet état de concentration, nous avons exposé le suc, qui est toujours très-acide, à l'air libre, pendant deux à trois jours seulement ; au bout de ce temps, il a laissé déposer un grand nombre de cristaux d'asparagine très-régulier, et d'une forme hexaédrique. Ces cristaux sont très-blancs et très-purs étant bien lavés, et leur solution rougit assez fortement le papier tournesol (1).

Nous rappellerons l'opinion de MM. Plisson et Henry, relativement au caractère acide assez prononcé que nous avons assigné à l'asparagine, et que nous avions méconnu l'année dernière.

« Bien que la faculté de rougir les couleurs bleues soit » un des caractères principaux des acides ; bien que nous » ne connaissions pas des substances non acides qui jouissent » de cette faculté, il nous a paru rationnel, dans le langage » ordinaire, de considérer l'asparagine comme une substance neutre, puisqu'elle est d'ailleurs incapable de saturer aucune proportion d'alcali. Cependant comme les » alcalis en solution concentrée sont susceptibles d'en dissoudre une quantité considérable, et de l'abandonner intacte presque tout entière par une prompte saturation ; » comme on reconnaît aujourd'hui que les dissolutions, les » solutions, ainsi que les combinaisons salines ne peuvent » avoir lieu que par des forces électro-chimiques toujours » constantes entre des corps toujours comparables, il en » résulte que l'asparagine, sous ce point de vue, pourrait » être considérée comme un acide, ce qui semblerait en » harmonie avec son action sur le tournesol. »

Maintenant que le mode d'extraction de l'asparagine nous est bien connu, nous dirons que si les chimistes jusqu'aujourd'hui n'ont réussi qu'imparfaitement à obtenir l'asparagine du suc d'asperges, cela doit être attribué à l'ignorance des causes qui nous ont amené à la découverte du procédé que nous venons de décrire plus haut. En effet, il est indispensable que les asperges aient subi un commencement de décomposition qui, en détruisant la plus grande partie de la matière extracto-gommeuse, facilite l'extraction de l'asparagine. Nous admettons, comme on le voit, que cette substance est un produit immédiat des asperges, quoique le mode seul de son extraction semble en quelque sorte infirmer l'opinion généralement admise que l'asparagine préexiste dans les végétaux.

Une exposition de douze à quinze jours à l'air libre ne peut-elle pas aussi apporter quelques changemens dans la nature des macérés de la racine de guimauve, ainsi que dans celle des sucs concentrés des asperges, en opérant même d'après le procédé des auteurs ?

La formation du sucre que M. Wittstoch a obtenue de la racine de guimauve, ne pourrait-elle pas provenir de la dé-

---

pense d'ailleurs que l'asparagine n'est pas toute formée dans la guimauve, et qu'elle pourrait bien être le produit de la réaction de l'eau sur cette racine.

MM. Boutron-Charlard et Pélouze ajoutent même avoir remarqué quelquefois, qu'en plongeant le papier de tournesol rougi dans les macérés de racine de guimauve, avant et après leur concentration, il était ramené au bleu dans quelques secondes. Ils ont attribué cet effet à la chaux dont on se servirait dans le commerce pour blanchir la racine de guimauve. Nous pouvons assurer que cette méthode de blanchir cette racine ne se pratique point dans nos contrées, où elle est récoltée en assez grande abondance.

Nous ferons observer, à cette occasion, que MM. Plisson et Henry, qui du reste ne réussissent pas toujours dans leurs opérations, ont reconnu que le soluté aqueux d'asparagine, abandonné à lui-même pendant quelques jours, passe à l'état de sous-aspartate d'ammoniaque. Ne pourrait-on pas considérer cette substance, en raison aussi de son peu de solubilité qui est le propre des sels acidulés végétaux, comme un sur-aspartate d'ammoniaque, susceptible de passer à l'état neutre, ou bien à l'état alcalin, dernier terme de la décomposition des substances organiques azotées.

On se rappelle que Bacon avait regardé l'asparagine comme un malate acide, et nous avons déjà dit que M. Wittstoch n'obtient point cette substance lorsqu'il sature l'excès d'acide des macérés de la racine de guimauve.

Les différentes opinions des auteurs dont nous venons de parler ne pouvaient guère se concilier, alors qu'ils n'avaient point reconnu à l'asparagine, d'une manière évidente, le caractère essentiel qui la distingue, celle de rougir le papier tournesol. MM. Plisson et Henry ont bien vu que la teinture de tournesol était rougie par l'asparagine, mais à l'aide de la chaleur seulement. Nous avons remarqué que cette teinture, convenablement affaiblie, prenait à froid une couleur de vin étendu d'eau, lorsqu'on la mêlait avec une solution de cette substance.

(1) Nous avons fait la remarque que l'asparagine, comme celle que nous avons extraite de l'asperge officinale, était beaucoup plus soluble dans l'eau froide, que celle qui contenait des aspartates de chaux ou de magnésie; qu'elle se boursouflait moins, et qu'elle laissait un faible résidu étant calcinée sur une lame de platine.

L'asparagine impure laisse, au contraire, un résidu blanc par la calcination. Cette dernière substance serait-elle la même que le sel double de M. Robiquet, dont nous avons parlé plus haut ?

composition de la fécule par la fermentation qui se développerait dans les macérés étendus ou rapprochés ?

Ce chimiste, comme nous l'avons déjà dit, est le seul qui pense que l'asparagine pourrait bien être le produit de la réaction de l'eau sur les plantes qui la fournissent. En sera-t-il de même lorsque notre procédé pour obtenir cette substance sera connu ?

M. Wittstoch admet, comme on le sait, que l'asparagine est un aspartate d'ammoniaque. Lorsque cette substance est mise en contact avec les acides, il se sépare, dit-il, de l'acide aspartique, tandis que le carbonate de potasse en dégage de l'ammoniaque, ce qui fait dire à M. Berzélius que ces données s'accordent très-bien avec l'opinion de M. Wittstoch, suivant laquelle l'asparagine n'est qu'un sel ammoniaque.

Que penser maintenant de la préexistence de l'asparagine dans les végétaux, lorsqu'on sait qu'en général les sels ammoniacaux sont le résultat de la décomposition ou de l'altération des substances organiques azotées ?

Nous soumettons ces réflexions au jugement de la Société.

De l'altération de l'air par la fermentation, par M. THÉODORE DE SAUSSURE.

Extrait des mémoires de la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève.

« J'ai annoncé, dit l'auteur (voyez le n° d'octobre), que plusieurs substances végétales absorbent du gaz azote en se décomposant spontanément dans l'air ; on pourrait présumer cette absorption par des considérations vagues et indirectes ; telle est celle du maintien perpétuel des végétaux sur un sol qui ne reçoit d'autres engrais que la dépouille partielle de cette végétation. Comme ces végétaux ne paraissent pas condenser le gaz azote pendant leur vie, et qu'ils subissent des pertes par les vents, les pluies, les récoltes et l'exhalation qu'ils font souvent de ce gaz, on doit croire qu'il est absorbé dans l'air par leurs dépouilles qui, en se réduisant en terreau, présentent un aliment plus azoté qui pénètre dans la plante par ses racines.

» M. Vaudin a attribué à l'azote atmosphérique l'odeur d'acide nitreux qui se dégage quelquefois de certains extraits et des parties mortes des végétaux ; mais cet auteur ne montre nullement que cet azote n'existait pas chez ces végétaux dans une autre combinaison avant l'apparition de l'acide nitreux ; il ne prouve point non plus que l'azote atmosphérique ait contribué à cette exhalaison. Si la présence de l'air est requise pour former cet acide, on est autant fondé à expliquer sa production par la combinaison de l'oxigène atmosphérique avec l'azote préexistant dans le végétal, qu'à établir l'explication sur l'emploi de l'azote atmosphérique. L'opinion généralement admise, est que le dernier ne contribue point à la formation du nitre dans les nitrières artificielles, parce qu'elles exigent toujours la présence des matières organiques azotées dont la fonction paraît être de combiner leur azote avec l'oxigène atmosphérique. Cette explication n'est cependant pas plus prouvée que la première, car la substance organique azotée pourrait n'être essentielle qu'en sa qualité de ferment, qui est toujours une matière organique azotée.

» L'absorption du gaz azote dans la fermentation n'étant prouvée par aucune expérience directe, j'exposerai les résultats que j'ai obtenus principalement par la fermentation des pois dans les mélanges de ce gaz avec l'oxigène, l'hydrogène et l'acide carbonique. Les premiers gaz interviennent comme parties principales de notre atmosphère ; les derniers comme produits de la fermentation elle-même ; j'ai employé cette graine, parce qu'elle offre une substance très-fermentescible qui s'adapte facilement à ce genre d'expérience.

» On irait beaucoup trop loin en appliquant à la fermentation de toutes les substances végétales les effets que j'ai obtenus ; mais on ne saurait douter qu'ils conviennent, dans leur généralité, aux plantes mortes qui sont azotées, et qui dégagent de l'hydrogène par leur fermentation sous l'eau. »

M. Théodore de Saussure expose ensuite les détails de ses expériences sur la fermentation dans les circonstances diverses où il s'est placé ; il montre d'abord que la surface que l'on donne au corps en fermentation, peut changer totalement les résultats ; ainsi, 1 gr. de pois mis à fermenter dans un vase où ils étaient recouverts par une légère couche d'eau dans un atmosphère d'oxigène, ont, dans une première expérience, lorsqu'ils étaient entiers, absorbé 72,2 centimètres cubes oxigène, en produisant 61 CC. d'acide carbonique, et 1,6 CC. d'hydrogène, tandis que, réduits en pulpe, ils ont absorbé 23,6 CC. d'oxigène en produisant 28,5 CC. d'acide carbonique sans hydrogène.

De même, la fermentation du sucre, avec sa levure, qui, dans les circonstances ordinaires, donne de l'alcool et une si grande quantité d'acide carbonique sans absorber sensiblement l'oxigène, donne des résultats tout différens, lorsque l'on mouille simplement avec la dissolution sucrée et imprégnée de levure de bière, un corps poreux, une pierre ponce, par exemple, on remarque alors que le volume de l'atmosphère dans laquelle se fait l'expérience n'est point augmenté, l'acide carbonique se forme dans ce cas aux dépens de l'oxigène de l'air, et le produit n'est plus de l'alcool.

L'auteur prouve, par des expériences faites sur les pois et sur la luzerne, que lorsque ces matières organiques fermentent dans l'air atmosphérique, il y a constamment absorption de gaz azote, mais que cette absorption s'arrête promptement lorsque l'air n'est pas renouvelé, parce qu'alors l'acide carbonique formé par la fermentation s'oppose à cette absorption.

Il y a encore absorption d'azote par la fermentation dans le gaz azote pur, mais seulement dans le cas où la fermentation s'opère lentement et de manière à ne pas produire promptement une trop grande quantité d'acide carbonique.

Enfin, si l'on fait une atmosphère artificielle composée de parties égales d'azote et d'hydrogène, une portion d'azote se trouve aussi absorbée pendant la fermentation.

Il y a, au contraire, dégagement d'azote dans la fermentation des mêmes matières organiques, lorsqu'elle s'opère dans une atmosphère composée d'acide carbonique et d'azote, lorsqu'elle s'opère dans l'azote pur, pourvu toutefois

que la fermentation soit active de manière à fournir promptement de l'acide carbonique.

Au résumé, les résultats obtenus par M. Théodore de Saussure, dans sa fermentation des pois suspendus dans des atmosphères d'azote, d'oxigène, d'acide carbonique et d'hydrogène, prouvent que les mêmes substances organiques azotées peuvent absorber et exhaler du gaz azote, suivant les conjonctures où elles sont placées.

Ces substances ont la faculté d'absorber ce gaz, lorsqu'elles sont exposées à son contact renouvelé ou à celui de l'air atmosphérique ; dans une fermentation lente, elles condensent encore le gaz azote dans son mélange avec une grande proportion d'hydrogène, quelle que soit l'intensité de la fermentation, une grande proportion de gaz oxigène, mêlée au gaz azote, s'oppose à l'absorption de ce dernier.

La circonstance qui produit principalement le dégagement du gaz azote, est le contact d'une atmosphère composée d'azote et d'acide carbonique, avec des substances azotées, soumises à une vive fermentation ; celles éprouvées par M. de Saussure n'ont point exhalé d'azote dans l'acide carbonique seul.

L'exhalation et l'absorption du gaz azote peuvent s'expliquer, en admettant que la fermentation sépare ce gaz de sa combinaison organique ; mais qu'après cette séparation, il est condensé dans les pores de la substance dont il formait un élément ; il s'exhale par une fermentation rapide dans une atmosphère qui ne peut pas se combiner avec l'azote condensé et qui tend d'ailleurs à le déplacer. Ces conditions ne s'obtiennent pas avec l'atmosphère d'acide carbonique pur qui déplacerait l'azote, s'il ne ralentissait pas beaucoup la fermentation ; mais elles se trouvent dans le mélange de l'acide carbonique avec l'azote ; le dernier affaiblit la propriété antiseptique de l'acide, et les deux gaz ne peuvent pas se combiner avec l'azote condensé.

Les pois en fermentation rapide peuvent exhaler de l'azote dans une atmosphère d'azote seul, mais cette exhalation y est moindre que dans le mélange préliminaire d'azote et d'acide carbonique ; elles produisent d'ailleurs ce dernier en quantité suffisante pour qu'il opère en partie le déplacement du premier gaz.

Les atmosphères opposées à l'exhalation de l'azote sont celles qui contiennent en grande proportion le gaz oxigène ou le gaz hydrogène dont les liaisons avec l'azote sont connues.

Les pois en fermentation ne dégagent pas d'azote dans une atmosphère d'hydrogène, mais, par une fermentation vive, ils exhalent du gaz hydrogène dans l'atmosphère d'azote. Ces deux résultats se contrediraient si l'on ne considérait pas, 1°. que dans les composés de ce genre l'hydrogène est un principe plus abondant que l'azote ; 2°. qu'un petit volume de ce dernier déplace un grand volume du premier lorsqu'ils ne se combinent pas.

L'absorption du gaz azote qui s'opère par une fermentation lente, soit dans le gaz azote pur, soit dans le gaz mêlé à une petite proportion d'oxigène, peut s'expliquer en admettant que cette fermentation sépare dans un état condensé l'hydrogène élémentaire de la substance fermentescible, et que l'azote atmosphérique se combine, soit avec cet hydrogène, soit avec celui qui se forme par la décomposition de l'eau.

Une grande proportion d'oxigène s'oppose à l'absorption du gaz azote en se combinant en partie avec l'hydrogène qui provient de ces deux sources. Cette combinaison n'empêche pas celle du gaz oxigène avec l'azote préexistant dans le corps qui fermente, ni celle du gaz oxigène avec le carbone, mais elle empêche l'absorption du gaz azote extérieur qui se trouve privé de l'hydrogène auquel cet azote aurait pu se réunir.

Il n'y a certainement aucune preuve directe des combinaisons que l'on suppose ici, mais on voit cependant que l'absorption et l'exhalation du gaz azote, par une même substance organique en fermentation, admettent des explications qui ne sont pas incompatibles lorsqu'on a égard aux circonstances de ces opérations.

Sans avoir la prétention de remonter aux causes des résultats de ces recherches, dit en terminant M. de Saussure, on trouvera qu'ils peuvent fournir des données utiles pour la préparation des engrais végétaux, pour l'explication de la formation des nitrates dans les nitrières artificielles, et des produits si variés de la respiration.

A. B.

JOURNAL

DE CHIMIE MEDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

NOVEMBRE 1834.

MÉDECINE LÉGALE.

SUSPICION D'EMPOISONNEMENT.

A MM. les rédacteurs du Journal de Chimie médicale.

Messieurs et honorés confrères,

Le dernier N° du *Journal de chimie médicale* contient une note de M. Boutigny, d'Evreux, sur les empoisonnemens par l'arsenic, qui a sans doute été inspirée à ce pharmacien par la légèreté avec laquelle quelques experts se hâtent de prononcer devant les tribunaux sur un sujet aussi délicat. Un fait récent qui s'est présenté, me paraît devoir corroborer l'opinion de M. Boutigny. Une femme meurt à la suite d'une courte et violente maladie. La voix publique accuse le mari du crime d'empoisonnement. Un médecin est chargé par la justice de procéder à la nécropsie. Il trouve et constate de profondes lésions : l'estomac est parsemé de points blancs, partie en poudre, partie en grains. Cette substance, recueillie et analysée par un pharmacien et deux médecins, donne pour résultat : 1° une odeur alliacée lorsqu'elle est mise sur les charbons incandescens ; 2° les vapeurs reçues sur une lame de cuivre décapée la blanchissent légèrement ; 3° dissoute dans l'eau distillée, elle produit, par sa réunion à une solution de sulfate de cuivre et de sous-carbonate de potasse (tel qu'on le trouve dans le commerce), un précipité d'un beau *vert-d'herbe*. Les expériences s'arrêtent là, et les experts concluent que la femme est morte empoisonnée par l'oxide blanc d'arsenic. Présent à la déposition de l'un des médecins et du pharmacien, je ne pus contenir mon étonnement, lorsque l'un des deux, interrogé par le président des assises, JURA que jamais empoisonnement n'avait été mieux constaté que celui dont il s'agissait, et ajouta, pour preuve de son opinion, d'inconcevables hérésies, telles que celles-ci (c'est l'expert qui parle) : Je voulus constater si la dissolution était acide, et, n'ayant pas à ma disposition du sirop de violette, je fis une dissolution d'*indigo* pour y SUPPLÉER..... La liqueur suspecte ne porta aucune altération dans la couleur ; mais je ne m'en étonnai pas, en reconnaissant à certains reflets que la substance employée était falsifiée avec du cuivre..... » Ces quelques mots, en me donnant la mesure des connaissances chimiques des trois experts, me firent éprouver la plus pénible sensation : aussi j'exprimai hautement, de concert avec mon ami, le docteur Itard, cette opinion, que dans l'état de la science il était impossible d'admettre le témoignage et le rapport de ces Messieurs, si de nouvelles expériences ne venaient les confirmer. Alors les défenseurs de l'accusé vinrent nous prier, M. le docteur Itard et moi, de leur fournir quelques notes pour repousser le rapport accusateur. La chose était grave : nous hésitâmes d'abord ; *mais, convaincus de l'insuffisance des expériences faites*, nous rédigeâmes à la hâte les quelques lignes ci-jointes, que nous crûmes devoir signer, pour prouver que c'était bien notre opinion que nous y exprimions, et, pour qu'elles ne pussent être confondues avec ces notes sans consistance, que donnent trop souvent aux défenseurs des hommes de l'art. Après la lecture de nos observations, l'expert principal fut rappelé aux débats : il soutint de nouveau avec *véhémence* l'exactitude de son rapport. Le président s'abstint de nous mettre en présence, de faire procéder à une nouvelle analyse ; il donna de très-grandes louanges au savoir des experts, admit dans son résumé la présence de l'acide arsénieux dans les viscères intestinaux comme constatée par des hommes *spéciaux*, *habiles* et *savans*, et les jurés condamnèrent l'accusé.

Maintenant, Messieurs et savans confrères, je m'adresse à vous pour être jugé à mon tour. Je vous envoie à cet effet les pièces du procès, c'est-à-dire le rapport de MM. les experts, et la note que j'écrivis, de concert avec le docteur Itard. Votre jugement a une très-grande valeur aux yeux de mon ami et aux miens : aussi, pour l'obtenir, j'ai l'honneur de vous soumettre les questions suivantes, en vous priant d'y répondre dans le *Journal de Chimie médicale*, et d'y insérer ma lettre, si cela vous paraît bon à quelque chose.

1°. D'après les expériences faites, les experts pouvaient-ils, en toute *sûreté de conscience*, déclarer que la femme, était morte victime d'un empoisonnement par l'oxide blanc d'arsenic ?

2°. Les hommes de l'art, à même d'apprécier l'insuffisance du rapport et l'inexactitude des experts, pouvaient-ils en *conscience* s'abstenir de toute manifestation, et ne pas chercher à éclairer des jurés et des magistrats étrangers à la science ?

N.

En attendant l'honneur d'une réponse, recevez, Messieurs et savans confrères, l'assurance de la considération la plus distinguée. M. YVAN, *pharmacien.*

A cette lettre étaient joints le rapport des experts et les observations présentées à l'appui de la demande de nouvelles expériences (1).

Nous soussignés, docteurs en médecine, désignés par ordonnance de M. le juge d'instruction au tribunal de..... en date du 25 avril courant, pour procéder à l'autopsie du cadavre de. . . . . qui a dû être victime d'un empoisonnement, nous sommes transportés, le 27 du courant; à la requête de M. le procureur du roi, et accompagnés de M. le juge d'instruction, etc.

Après avoir prêté le serment voulu par la loi, entre les mains de ce magistrat, il a fait procéder à neuf heures du matin à l'exhumation du cadavre qui nous a été présenté dans la chapelle des Pénitens, le corps enveloppé d'un drap, lequel étant enlevé, nous avons fait les observations suivantes :

Cadavre de taille ordinaire, n'exhalant aucune odeur putride; flaccidité des membres supérieurs; formes musculaires fortes et bien prononcées (sexe féminin); raideur des membres inférieurs. Après avoir lavé le corps à l'eau froide, nous n'avons remarqué aucune blessure ni contusion, mais des plaques rouges assez étendues et foncées à la figure, à la poitrine, aux bras et aux jambes : ces marques n'étaient pas le résultat de la dépression cadavérique.

Tête. Crâne très-aminci vers l'angle supérieur et postérieur des pariétaux; dure-mère fortement injectée, ainsi que les méninges sous-jacentes, dans toute leur étendue; adhérences anciennes de ces membranes entre elles et avec le cerveau, vis-à-vis les points où le crâne est aminci; ramollissement en cet endroit de la substance cérébrale, partout ailleurs sablée de points rouges; cervelet à l'état normal.

Poitrine. Injection légèrement rosée de la plèvre à droite; poumons crépitans dans toute leur étendue; lobes violacés à la partie postérieure : ce qui nous a paru être le résultat de la stase du sang vers la partie la plus déchirée; péricarde contenant environ trois onces de sérosité. L'œsophage, ouvert dans toute sa longueur, n'a présenté de signes de phlogose que dans sa moitié inférieure; l'intérieur de la bouche, le larynx et le pharynx à l'état normal, de même que le cœur.

Abdomen. Tissu graisseux abondant; péritoine légèrement enflammé, épiploon fortement injecté, face concave du grand lobe du foie colorée en jaune par la bile qui transsude abondamment de la vésicule biliaire, et teint les viscères adjacens; estomac évidemment enflammé dans le grand cul-de-sac et dans sa continuité avec le duodénum, qui est aussi fortement phlogosé; intestins affaissés, mésentère fortement injecté, reins à l'état normal, vessie affaissée, matrice à l'état normal.

Après avoir posé des ligatures au cardia, au pylore et au bout de l'intestin grêle, le paquet intestinal a été enlevé. L'estomac, ouvert avec précaution, contenait environ six onces d'un liquide brunâtre, qui a été recueilli et mis dans une bouteille cotée n° 1. L'estomac renversé nous a présenté à sa face interne une substance blanche, partie en poudre et partie en grains. Les plus gros ont été recueillis et mis dans un verre. Nous avons ensuite lavé l'estomac pour mieux détacher la poudre, et le produit de cette lotion a été mis dans une bouteille cotée n° 2. Alors nous avons pu examiner soigneusement l'estomac, dont les tuniques, sans perforation aucune, étaient considérablement épaissies par l'inflammation qui avait envahi tout ce viscère, et avait produit en plusieurs endroits un gonflement ramifié qui simulait le trajet des veines fortement injectées. Néanmoins, en divisant ce gonflement, on ne donna issue à aucun liquide. Le duodénum était plus enflammé que le reste de l'intestin grêle. Après l'avoir ouvert, nous avons recueilli le liquide pultacé qu'il contenait, et après en avoir retiré deux lombrics, nous l'avons mis dans une bouteille cotée n° 3.

Nous avons ajourné l'analyse des produits et liquides, dont il est parlé ci-dessus, au 2 mai, et voici le résultat que cette opération nous a donné en présence et avec l'assistance de M. M....., pharmacien :

1° Un demi-grain de la substance retirée du verre dont il est parlé ci-dessus, et un grain et demi de potasse dissous dans un quart d'once d'eau distillé d'une part; et de l'autre, deux grains et demi de sulfate de cuivre dans égale quantité d'eau, ont donné, par leur mélange, une couleur d'un beau vert d'herbe, et un abondant précipité de la même couleur.

2° Quelques parcelles (deux grains environ) de la même substance, projetées sur des charbons allumés, ont répandu, après trois ou quatre secondes, une forte odeur d'ail, et la vapeur a légèrement blanchi une lame de cuivre.

Les mêmes expériences, répétées avec de l'oxide blanc d'arsenic, QUE LE PRÉPOSÉ DES DOUANES nous avait remis, nous ont donné le même résultat que ci-dessus.

Nous avons alors jugé à propos de ne pas recourir à l'analyse des produits renfermés dans les bouteilles n° 1, 2 et 3, parce qu'elle ne pouvait nous fournir de meilleurs documens.

Quoique nous ayons trouvé des altérations dans le cerveau et ses membranes, néanmoins les lésions des viscères digestifs dominaient de beaucoup les premières par leur gravité et leur étendue. Des signes de violente inflammation, rencontrés dans l'estomac et l'intestin grêle de la femme R., et de la présence dans l'estomac d'une substance que l'analyse nous a indiqué être l'oxide blanc d'arsenic, nous concluons que la mort de..... a surtout été produite par l'ingestion de l'oxide blanc d'arsenic.

Tel est notre rapport, que nous avons clos à Carcelonnette, après lecture, le 2 mai 1834. *Signé*, etc.

Chargé par l'accusé R*** d'examiner et de donner notre opinion personnelle sur le rapport que MM..... ont produit sur l'empoisonnement présumé de la nommée....., nous avons long-temps hésité à nous charger d'un travail dont le but apparent était de critiquer l'ouvrage des collègues qui nous honorent de leur amitié, et pour qui nous professons

(1) Nous avons cru dans cette discussion scientifique devoir retrancher les noms des signataires du rapport judiciaire.

la plus haute estime. Mais l'intérêt bien entendu de l'humanité, mis en balance avec celui de nos relations amicales, le premier a dû l'emporter. D'ailleurs, nous avons justement pensé que, lors même que notre opinion serait opposée à celle de nos collègues, ils ne pourraient trouver notre critique mauvaise, puisqu'elle est faite dans un but vers lequel tendent les efforts de tous les hommes généreux, la connaissance de la vérité. Nous croyons ce préambule indispensable, afin qu'il ne soit permis à personne de suspecter les sentimens dont nous sommes animés envers nos honorables collègues.

Le rapport de MM....., se termine par ces mots :

« Nous concluons que la mort de.... a surtout été produite par l'ingestion de l'oxide blanc d'arsenic. »

Après un mûr examen du travail de ces Messieurs, nous croyons qu'il est difficile d'admettre sans hésitation une pareille conclusion. C'est ce que nous allons prouver en mettant sous les yeux de nos lecteurs les raisons qui nous ont suggéré une opinion opposée.

La partie du rapport de nos collègues, qui traite des lésions cadavériques, et qui a été faite avec autant de talent que de sagacité, contient une observation qui tendrait à prouver que la nommée..... a été victime de tout autre accident que d'un empoisonnement par l'oxide blanc d'arsenic ; car les rapporteurs disent : « Que l'intérieur de la bouche, le larynx, le pharynx, étaient à l'état normal, *de même que le cœur.* » Cependant tous les auteurs de médecine légale attribuent à l'oxide blanc d'arsenic une action sur ce dernier organe. Ces lésions pathologiques sont même aux yeux de M. Orfila d'une certaine valeur ; car dans l'examen d'un rapport qui fut fait en 1830, le savant professeur blâme en ces termes un médecin expert qui avait négligé d'examiner avec soin cet organe. « Toutefois, d'après cette opinion, MM..... auraient dû pousser plus loin qu'ils ne l'ont fait l'exploration du cœur de la femme P...., et rechercher une lésion qui se manifeste assez souvent à la suite de l'empoisonnement par l'oxide blanc d'arsenic. Cette lésion consiste en certaines taches rouges, et en ecchymoses de la membrane interne de ce principal organe ; et il s'en serait assuré en lavant le cœur après l'avoir ouvert : ce qu'il n'a pas fait. » L'exactitude de nos collègues et leurs propres paroles, nous sont un garant que ces recherches ont été faites, et ils ont trouvé *ce principal organe dans l'état normal.* D'ailleurs, il est inutile d'insister sur les lésions cadavériques : un grand nombre de cas pathologiques peuvent simuler celles qu'on retrouve chez les personnes frappées d'empoisonnement ; *et vice versâ.* Aussi le célèbre professeur que nous venons de citer, dit : « Un médecin expert assumerait sur sa tête une responsabilité effrayante, si, à l'inspection de semblables lésions, il prononçait qu'il y a eu empoisonnement par l'oxide d'arsenic. « (*Annales de médecine légale*, tome 1, page 414.)

Mais voyons si d'après l'analyse chimique de nos collègues, il ne nous est plus permis de douter que c'est bien de l'oxide blanc d'arsenic qui a été trouvé dans les divers intestins de la femme.....

Les rapporteurs ont trouvé dans la membrane interne de l'estomac, une substance blanche, partie en poudre, partie en grains, et c'est cette poudre et ces grains qu'ils ont soumis aux expériences chimiques que nous allons discuter, qui leur ont indiqué que cette substance était de l'oxide blanc d'arsenic.

Nous regrettons vivement que Messieurs les experts n'aient pas songé à nous donner les caractères physiques de ces corps granuleux et de cette poudre qu'ils auraient pu facilement préciser à l'aide du plus petit grossissement, celui opéré par une simple loupe d'horloger. Cette détermination de formes eût été très-nécessaire et aurait pu donner quelques indices sur la nature minérale ou animale de cette matière.

Quelques parcelles de cette substance (deux grains environ), projetées sur des charbons allumés, ont répandu, d'après nos collègues, après trois ou quatre secondes, une forte odeur d'ail, et la vapeur a légèrement blanchi une lame de cuivre.

Dans le département de l'Aube, en 1824, le nommé Laurent ayant succombé après une courte maladie, la justice ordonna son exhumation et l'autopsie cadavérique, pour rechercher s'il ne serait pas mort victime d'un empoisonnement. Les experts nommés à cet effet trouvèrent l'estomac tapissé d'une substance blanche pulvérulente ; placée sur les charbons ardens, elle répandait, d'après eux, une odeur alliacée : aussi n'hésitèrent-ils pas à conclure que cette substance était de l'oxide blanc d'arsenic. Vauquelin, Barruel, Orfila, furent alors requis pour faire une contre-épreuve et prouvèrent « que la matière pulvérulente granuleuse qui avait été prise par les premiers experts pour de l'oxide blanc d'arsenic, n'était autre chose qu'une substance animale, composée d'albumine et de graisse. Les savans professeurs s'exprimèrent ainsi, en estimant la valeur que peut avoir, en médecine légale, l'odeur alliacée que peut répandre une substance soumise à l'action de la chaleur. » Il est vrai que l'oxide d'arsenic répand une odeur semblable à celle de l'ail quand on le chauffe assez pour le volatiliser ; mais ce caractère, lors même qu'il aurait été bien constaté, est insuffisant pour établir l'existence de l'oxide d'arsenic, parce qu'il appartient à d'autres substances, et qu'il n'est pas impossible qu'il se développe dans l'estomac, pendant la digestion, des matières qui exhalent une odeur analogue lorsqu'on les chauffe. » (*Archives de méd.*, t. 7, p. 5). Ces paroles de trois célèbres chimistes sont tellement précises, qu'il serait inutile, de notre part, d'insister pour prouver combien il serait dangereux de donner aucune valeur à la présence d'une poudre et de grains blancs dans l'estomac répandant par leur volatilisation une odeur alliacée. Ce n'est pas la seule fois qu'on a trouvé dans des cadavres ces corps blancs pulvérulens. Il paraît même qu'on les rencontre assez fréquemment. Plusieurs exemples de ce genre sont constatés dans les *Annales de la science.* Nous ne pensons pas qu'on puisse invoquer comme preuve de la présence de l'arsenic la volatilisation et la sublimation d'une couche blanche sur une lame de cuivre décapée, cette propriété étant commune à un très-grand nombre de corps, et entr'autres, aux sels ammoniacaux : ce qui mérite d'être observé. D'ailleurs, nos collègues ont observé que la lame de cuivre était *légèrement blanchie.* Cependant la plupart des auteurs disent textuellement qu'elle est ordinairement couverte d'une couche d'un beau blanc : la quantité con-

sidérable de la substance employée (deux grains), aurait dû donner un pareil résultat; il est vrai qu'il dépend beaucoup de l'habitude des opérateurs. Mais eût-il été bien constaté, M. Orfila n'y attache isolément aucune espèce de valeur. (*Journ. de chimie méd.*, t. 5, p. 329).

La seconde expérience de Messieurs les experts a consisté à mettre un grain de la substance blanche pulvérulente trouvée dans l'estomac de T..... en dissolution avec un grain et demi de potasse. Cette dissolution mise en contact avec une dissolution contenant deux grains et demi de sulfate de cuivre a donné une couleur d'un beau vert d'herbe, et un précipité de la même couleur.

Ce procédé indiqué par Fodcré (t. 4, p. 134), d'après Bostock, est depuis long-temps abandonné. Aujourd'hui les auteurs de médecine légale et Orfila surtout, emploient le sulfate de cuivre amoniacal qui possède les mêmes propriétés, et qui a de plus l'avantage d'offrir des résultats moins variables. Pour apprécier la valeur indicative du réactif employé par nos collègues, il faut observer qu'une solution de potasse et de sulfate de cuivre qui se trouvent dans le commerce, donne lieu à un précipité qui varie dans sa coloration selon les proportions des deux sels, et qui offre souvent quelque analogie avec la coloration en vert. Ainsi, l'addition d'une substance autre que l'arsenic, a pu induire en erreur les experts; car une coloration si variable a pu faire prendre le change. Nous avons essayé ce réactif composé avec des substances très-pures et celles qu'on rencontre dans le commerce, et nous avons obtenu des colorations bien tranchées. Nous en avons trouvé de plus variables encore, en ajoutant en plus ou moins grande quantité une sécrétion animale; et en effet, en parlant de l'emploi du sulfate de cuivre ammoniacal, réactif analogue et plus fidèle que celui employé, Orfila s'exprime ainsi : *Le sulfate de cuivre ammoniacal ne peut servir à constater l'oxide d'arsenic qu'autant que cet oxide est en dissolution dans l'eau pure, et n'est accompagné par aucun corps organique.* (*Annales de médecine légale*, n° 6, p. 416.) Or, ici c'est une substance trouvée dans l'estomac, et dont on ignore la nature, qui, dissoute dans l'eau, a été mise en contact avec un agent chimique infidèle! Donc cette expérience et son résultat ne peuvent pas même servir comme simple moyen de renseignement ou indicatif. Mais lors même que la coloration obtenue serait propre à l'oxide d'arsenic, examinons quelle pourrait être la valeur de cette indication aux yeux du chimiste, et à plus forte raison du magistrat, dans l'état actuel de la science. Pour ne pas donner nos propres paroles qui seraient, en si grave matière, d'un faible poids, écoutons parler un jeune chimiste qui a obtenu du succès dans cette science :..... « Il n'est plus permis dans l'état actuel de la science, de » prononcer sur l'existence de tel ou tel corps, que lors- » qu'on est parvenu à l'obtenir lui-même, ou au moins » quelqu'un de ses composés bien connu. C'est ainsi qu'un » simple effet de coloration déterminé dans une substance » quelconque par un réactif, ne pourrait plus devoir inspi- » rer aucune confiance..... Je crois que tous les bons es- » prits sont aujourd'hui d'accord sur ce point : aussi voyons- » nous que dans les empoisonnemens par une substance » minérale, on cherche à revivifier le métal pour s'assurer » de sa présence. On ne se contente plus d'employer un » réactif connu pour produire un effet de coloration dans la » liqueur qui le tient en dissolution. » (*A* Donné, *Annales de médecine légale*, n° 6, p. 432, 1830.)

Or, ici quelles preuves avons-nous pour affirmer que la mort a été occasionée par l'injection de l'oxide blanc d'arsenic? 1° La présence dans l'estomac d'une poudre, dont nous ignorons la nature; 2° l'odeur alliacée de cette substance, odeur qui est commune à d'autres corps; 3° une coloration fugace qui n'est indiquée par les auteurs que comme moyen indicatif très-suspect. Il est à regretter que les experts ayant trouvé dans l'estomac une si grande quantité de matière suspecte n'aient pas songé à la soumettre aux essais par la voie sèche, et obtenir ainsi, s'il y avait lieu, l'arsenic à l'état métallique; ce qui eût enlevé tous les doutes, et ce qui est la seule preuve convaincante et admissible devant les tribunaux. Mais nous apprécions la position de nos collègues isolés dans un pays où les cas d'analyse chimique sont excessivement rares; il leur a été impossible d'avoir à leur disposition des objets nécessaires pour poursuivre leurs recherches. Nous avons nous-mêmes plus d'une fois été arrêtés dans nos travaux par de semblables motifs.

De ce qui précède, nous concluons que dans l'état de la science, les conclusions de messieurs les experts nous paraissent émises avec trop de légèreté, et que, jusqu'à plus ample vérification, il est impossible d'admettre irrévocablement que la femme R..... soit morte victime d'un empoisonnement par l'oxide blanc d'arsenic.

Fait à Digne, le 9 juillet 1834.

Irenée ITARD. Melchior YVAN.

De la lecture de la lettre de M. Yvan, de celle du rapport des experts, et des observations sur ce rapport, il en est résulté, pour les rédacteurs du journal de chimie médicale, la conviction :

1° Que les opérations faites par les experts sont tout-à-fait insuffisantes pour démontrer positivement la présence de l'arsenic, et pour conclure, d'après ces opérations à un empoisonnement;

2° Que la grande quantité de substances recueillies par les experts auraient dû les porter à faire un examen approfondi de la nature de ces substances;

3° Que l'emploi du sulfate de cuivre, pour reconnaître la présence de l'acide arsénieux, est un moyen fautif, et susceptible d'induire l'expert en erreur;

4° Qu'il en est de même de l'usage de la lame de cuivre;

5° Que l'odeur alliacée exhalée par une substance jetée sur des charbons ardens, n'est point un caractère qui puisse permettre d'affirmer la présence de l'arsenic;

6° Que les expériences à faire pour démontrer la présence de l'acide arsénieux ou de l'arsenic, dans un cas d'empoisonnement, consistent, 1° à obtenir le métal réduit; 2° à faire passer ce métal à l'état d'acide arsénieux, en le mettant en contact avec l'eau, faisant passer dans cette eau un courant d'oxigène; 3° à précipiter l'acide formé par l'acide hydro sulfurique, à faire dissoudre le sulfure dans l'ammoniaque, afin d'obtenir une solution qui doit être incolore;

4° à précipiter le sulfure dissous par l'ammoniaque à l'aide d'un acide; 6° à recueillir ce sulfure, et à le ramener de nouveau à l'état métallique; 7° à traiter par le feu une partie de ce métal, pour reconnaître son odeur alliacée; 8° à faire passer une autre portion du métal à l'état d'acide arsénique, en le traitant par l'acide nitrique en excès; 9° à concentrer l'acide arsenique formé, à le saturer par la potasse, et à l'essayer par le nitrate d'argent, avec lequel il doit donner un précipité (*l'arséniate d'argent*) de couleur rouge briquetée.

Ces expériences sont, il est vrai, plus que suffisantes pour démontrer la présence de l'arsenic; mais on ne saurait prendre trop de précautions, acquérir trop de preuves, quand il s'agit de décider et de l'honneur et de la vie des hommes; on devrait encore, quelque petite que fût la quantité d'arsenic ou d'acide arsénieux, la poser sur un corps chaud, recevoir la vapeur dans un petit entonnoir renversé, et préalablement humecté par de la vapeur d'eau; alors une ou plusieurs gouttes rassemblées dans la douille de l'entonnoir, et posées sur du papier, doivent plusieurs fois et alternativement le teindre en jaune; en les exposant au gaz acide hydrosulfurique, et disparaître en les plaçant au-dessus de l'ammoniaque. (*Voir* le procédé indiqué par M. Payen. *Journal de chimie médicale....* T. 3, page 124.)

Des exemples ont démontré malheureusement que de nos jours des experts ont prononcé trop légèrement sur la présence de l'arsenic, dans des cas de médecine légale. En effet, on trouve dans les *Annales d'hygiène*, quatre rapports dus à MM. Rostan, Marc, Orfila, Chevallier, Barruel, qui démontrent que, dans quatre cas, des experts induits en erreur avaient à tort indiqué la présence de l'arsenic dans des matières soumises à leur examen.

Nous bornons là nos réflexions, et nous répondrons à la deuxième question qui nous a été posée par M. Yvan, qu'il est du devoir de tout homme d'honneur d'éclairer ses compatriotes, et de chercher à sauver du déshonneur et de la mort un accusé qui ne serait pas convaincu du crime qu'on lui impute.

A. C.

RECHERCHES HISTORIQUES.

Chimiques et pharmaceutiques sur la racine d'astragale sans tiges. (Astragalus excapus. Lin); par M. FLEUROT, pharmacien, conservateur du Jardin-des-Plantes de la ville de Dijon, membre de la Société médicale et du comité central d'agriculture de la même ville, etc.

Mon collègue et ami M. le docteur Cuynat, ayant entretenu la Société médicale de Dijon de plusieurs observations sur l'emploi et les bons effets de la racine d'astragale sans tiges (*astragalus excapus.* Lin.), dans le traitement de maladies syphilitiques qui avaient résisté aux moyens ordinairement employés, les sudorifiques, et les préparations mercurielles, je fus chargé par quelques membres de la Société de leur procurer de cette racine, dans le but de répéter par des essais et d'après les données consignées dans les observations de M. Cuynat, l'action de cet anti-vénérien.

Historique.

C'est le docteur Winter, professeur de botanique à Bude en Hongrie, qui paraît avoir le premier, fixé l'attention des praticiens sur l'emploi de la racine d'astragale. Comme cela arrive fréquemment, il fut conduit à la découverte de ses propriétés par la connaissance de l'usage vulgaire qu'en faisaient les habitans des confins de la Turquie. Après Winter, plusieurs autres médecins allemands, tels que Quarin, Endter (1), Wegerich (2), Tietz (3), etc. de 1735 à 1790, soumirent à de nouvelles expériences, et augmentèrent les faits thérapeutiques capables d'éclairer l'opinion des hommes de l'art à cet égard. Je n'ai pu malheureusement me procurer les divers traités *ex professo* de ces médecins, ouvrages imprimés en Allemagne et du nombre de ceux qui sont peu répandus, comme on sait, dans les bibliothèques en France.

Les nombreux traités des maladies syphilitiques et de matière médicale nationaux ne parlent de cette substance que pour mémoire et seulement d'après ce qui a été écrit en Allemagne; car il ne paraît pas qu'on ait eu jusqu'ici l'occasion de l'employer en France : aussi existe-t-il dans ces ouvrages des erreurs et sur la véritable détermination de la plante et sur ses propriétés essentielles : je vais en peu de mots signaler les unes et les autres.

On lit dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* : « L'astragale à gousses velues ou anti-vénérien (*astrag.* » *excapus* de Jacquin) est une plante qui croît en Hon- » gric, et qui a des folioles cordiformes, un légume *courbé* » *en hameçon plus long que les folioles.* On fait usage » en Allemagne de sa racine en décoction contre les affec- » tions syphilitiques, etc. »

Il est facile de se convaincre que les caractères botaniques que je viens de rapporter s'appliquent en partie à l'*astragalus hamosus* de Lin., plante annuelle, et non à son *astr. excapus* qui est vivace. Cette erreur me semble en expliquer une autre consignée dans le *Traité des maladies syphilitiques* de M. Lagneau. Une note, volume 2, p. 178, indique d'après M. le docteur Pinson, chirurgien en chef de la succursale des Invalides à Avignon, qu'on pourrait se procurer de la racine d'astragale sans tiges aux environs de Montpellier, où la plante, dit-il, croît en abondance. Cette région méridionale ne peut nullement convenir à une plante des régions froides des Alpes et du Nord. Il est évident qu'il s'agissait ici de l'*astragalus hamosus* qu'on y rencontre effectivement, ainsi que dans le reste de la belle Provence;

---

(1) *De Astragalo excapo, Diss. inaug. in-8°, Gottingue*, 19 *juin* 1789.

(2) *De Astragali excapi radice, Diss. inaug. in-4°; Erfordine*, 1789.

(3) *De virtute Astragali excapi anti venerea memorabili exemplo confirmata, Diss. inaug. in-4°; Francfurti ad Viadrum*, 1799.

et je demeure convaincu que l'article cité du *Dictionnaire des Sciences médicales*, a seul suffi pour accréditer cette méprise.

Aucun ouvrage de matière médicale ne donne de description complète de la racine d'astragale. Dans tous on se contente d'indiquer son emploi dans les maladies vénériennes, et dans quelques-uns on lui attribue une saveur amère et astringente, propriété qu'elle ne possède point, et qui serait d'ailleurs peu en rapport avec l'action sudorifique et laxative qui semble la distinguer.

Dans cet état de choses, je crois devoir donner les échantillons de la plante et de sa racine, une description succincte, mais aussi fidèle que possible des uns et des autres.

Astragalus excapus Lin. *Mantissa*, 275. *Astragaloïdes syphilitica* Mœnch Diadelphie décandrie, famille des légumineuses, cinquième sous-tribu. *Astragalus*, D. C. prodromus, vol. 2, p. 302.

Caractères génériques. Le calice est à cinq dents; la corolle papillonacée à carène obtuse; la gousse est à deux loges, séparées au moyen d'une cloison formée par le repli de la suture inférieure des vulves. L'espèce qui nous occupe appartient à la section *Caprini*, D. C. *loc. cit.*, ainsi caractérisé : stipules adhérentes au pétiole, pétioles qui ne deviennent point épineux; fleurs jaunes; calice non vésiculeux.

Caractères spécifiques. Plante acaule; feuilles ailées, couvertes, les pétioles surtout, de longs poils blancs; folioles ovales au nombre de 25 à 30, fleurs courtement pédicellées réunies à la base des pétioles; dents du calice longues et aiguës; corolles glabres; légumes ovales, aigus, mucronés, velus, sessiles et légèrement comprimés.

L'astragale sans tige croît dans les Alpes du Valais, la Thuringe, l'Autriche, la Hongrie et l'Ukraine. Sa racine est épaisse, pivotante, forte et charnue, ordinairement simple, elle se ramifie près du collet seulement; elle est longue de 18 à 20 pouces environ, de couleur brune jaunâtre à l'extérieur, marquée çà et là de cicatrices d'où partaient les radicules, ou offrant dans d'autres cas de petites nodosités. Cette racine desséchée est légère, et surnage l'eau lorsqu'on la coupe; sa texture paraît spongieuse; le *meditullium* est d'un beau jaune serein. Cette bicoloration offre une particularité qui ne se rencontre, à ma connaissance, dans aucune autre racine médicinale, et doit servir de bon caractère spécifique. Son odeur pour être bien sensible, a besoin d'être perçue sur une certaine quantité de racines : elle est alors assez forte et quoique *sui generis*, on peut la rapporter à celle de la racine de réglisse fraiche : sa saveur est donc un peu sucrée et aromatique.

Avant de passer au récit de l'examen chimique auquel j'ai soumis la racine d'astragale sans tige, je dois prévenir que j'ai eu moins en vue d'arriver à une analyse rigoureuse, que de rechercher à quel principe particulier amené à l'état de pureté, cette racine peut devoir ses propriétés médicinales ainsi qu'à constater par les agens les plus simples et les plus ordinairement employés, tels que l'éther, l'alcool et l'eau, ses divers principes immédiats solubles dans ces trois menstrues.

Si ce travail ainsi exécuté n'a pas le mérite de présenter des résultats nombreux et savans, il a, je crois, celui de l'exactitude (toute cause d'erreur souvent occasionnée par les agens chimiques proprement dits, ayant été évitée), et d'éclairer suffisamment les praticiens sur la composition de cette racine, pour les diriger dans son emploi thérapeutique.

Examen chimique.

Traitement par l'éther sulfurique. Une certaine quantité de racines très-divisées ont été mises en contact pendant trois ou quatre jours avec quantité suffisante d'éther à la température ordinaire; le liquide était peu coloré. Mis à évaporer à l'air libre, les parois de la capsule se sont enduites d'une légère couche d'une substance grasse tachant le papier, et jouissant des caractères physiques d'une huile fine. A la fin de l'évaporation, on remarquait dans le liquide une autre substance d'un aspect pulvérulent d'une couleur blanche jaunâtre. Amenée à l'état de siccité, elle était d'une couleur brune et d'une forme mamelonnée, d'une odeur et d'une saveur particulières. Chauffée sur une lame d'argent, elle s'y est fondue, elle est insoluble dans l'eau distillée et plus pesante qu'elle. Enfin sa solubilité dans les huiles grasses et les alcalis m'ont convaincu que c'était une résine.

Traitement par l'alcool. Une certaine quantité de nouvelles racines ont été mises en macération avec de l'alcool à 863° de densité. Epuisées par plusieurs macérations successives, le produit réuni et filtré possédait une couleur ambrée foncée. Soumises à la distillation pour en retirer les deux tiers du véhicule employé, l'alcool obtenu ne possédait aucune odeur particulière; son mélange avec l'eau ne le troublait pas; ce qui indique que la racine ne contient rien de volatil, point d'huile essentielle au moins : le résidu avait conservé toute sa transparence. Evaporé dans une capsule de porcelaine, il ne tarda pas à se réunir à la surface du liquide; quelques gouttes d'huile et comme dans le macéré éthéré, on remarquait dans le liquide une substance pulvérulente, sans forme cristalline apparente; l'évaporation a été continuée jusqu'en consistance pilulaire. Dans cet état, l'extrait a été traité par de l'eau distillée qui en a dissous une partie; la portion indissoute séparée au moyen de l'éther, le soluté aqueux a été évaporé à une douce température jusqu'en consistance sirupeuse, cet extrait était parfaitement transparent de couleur brune foncée, d'une saveur sucrée très-légèrement amère. Repris par une certaine quantité d'eau, et la solution abandonnée pendant trois ou quatre jours dans un lieu où la température était de 10 à 12° centigrades, il s'y est manifesté une fermentation due sans doute à la conversion du principe sucré en l'alcool; la solution était devenue trouble acide et conservait la saveur légèrement amère et particulière dont je viens de parler; le liquide évaporé de nouveau, a donné un extrait insoluble dans l'éther, soluble dans l'alcool et l'eau et qu'il est possible de préjuger être le principe actif de la racine d'astragale sans doute impur, mais que la petite quantité que j'en ai obtenue ne m'a pas permis de soumettre à un plus ample examen.

Traitement par l'eau. Un *macéré* aqueux de racine d'astragale ayant été préalablement soumis à l'action de

quelques réactifs, voici l'énumération des phénomènes observés :

Avec l'acétate neutre de plomb, il s'est formé un précipité blanc abondant ;

Le nitrate d'argent, un précipité caillebotté soluble en partie dans l'acide nitrique ;

L'hydrosulfate d'ammoniaque, un précipité abondant au bout d'une heure ;

Le deuto-chlorure de mercure, un trouble léger ;

L'oxalate d'ammoniaque, un précipité léger ;

L'hydrochlorate de baryte, un précipité abondant ;

Le proto-nitrate de mercure, un précipité abondant ;

Les alcalis, potasse, soude et ammoniaque rien :

Le trito-hydrochlorate de fer, rien ;

La teinture de noix de galle et la solution de gélatine, rien ;

La teinture d'iode, même additionnée de chlore, rien.

Un *décocté* des mêmes racines a été ensuite mis en contact avec la série des réactifs que je viens de désigner : les mêmes phénomènes à peu près se sont reproduits ; seulement la teinture d'iode déterminait instantanément une belle couleur bleue, due à la formation d'un iodure d'amidine, combinaison récemment étudiée par M. Lassaigne.

Ensuite 125 grammes de nouvelles racines coupées en petits morceaux ont été mis en macération à la température de 8 à 10° centigrades dans une livre d'eau distillée. Cette macération a été répétée 3 fois dans de nouvelle eau, en observant les mêmes conditions de température, et pendant 24 heures pour chacune. Les liqueurs réunies et filtrées avaient une couleur ambrée ; la saveur du liquide et son odeur rappelaient celles de la racine mâchée. Mises à évaporer au bain-marie dans une capsule de porcelaine, j'ai obtenu 18 grammes 6 décigrammes d'un extrait transparent, d'une couleur succinée et d'une saveur légèrement sucrée et aromatique.

Dans l'intention de vérifier si, à l'aide d'un véhicule spiritueux, on n'obtiendrait pas un produit plus abondant en extrait, j'ai soumis une pareille quantité, 125 grammes de nouvelles racines, à l'action de 3 macérations successives dans de l'alcool affaibli à 930° de densité. Ce traitement a donné 19 grammes 5 décigrammes d'un produit à peu près semblable à l'extrait aqueux, moins homogène cependant, à raison d'une petite portion de résine qui a troublé la transparence de la liqueur à la fin de l'évaporation, et d'une saveur plus décidément aromatique.

De tout ce qui précède, on doit en conclure que la racine d'astragale sans tige est composée :

1° D'une substance particulière, légèrement amère, soluble dans l'eau et l'alcool ;

2° D'une résine aromatique

3° D'une huile grasse ;

4° D'un principe sucré fermentescible ;

5° D'amidon ;

6° Enfin, de sels minéraux indiqués par les réactifs.

Si maintenant nous rapprochons ces résultats de ceux fournis par l'analyse chimique d'autres plantes de la famille des légumineuses, nous verrons que le principe particulier que je signale a des analogues. En effet, sa solubilité dans l'eau et dans l'alcool, son insolubilité dans l'éther, le placent à côté de ceux déjà connus, et expliquent la propriété laxative de la racine d'astragale. Sa propriété sudorifique ne peut-elle être expliquée par la présence de la résine aromatique qu'on y rencontre ?

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, auxquelles je ne m'arrêterai pas, et auxquelles l'expérience seule peut donner quelque valeur, n'en devons-nous pas conclure que les faits observés en Allemagne, et relatés dans divers ouvrages, tels que ceux de Swédiaur, Lagneau, Alibert, notamment ceux consignés dans les observations de M. Cuynat, sont bien propres à fixer l'attention des praticiens sur une substance considérée par tous ces auteurs comme un excellent antivénérien, et cela avec d'autant plus de raison que rien de positif n'a été imprimé pour infirmer ce qu'ils ont avancé. Il me semble démontré, au reste, que si, en France, les effets de la racine d'astragale n'ont pas été vérifiés et discutés, cela tient surtout, et d'après ce qu'en a écrit M. Lagneau, à la difficulté de se procurer cette substance.

Le mode d'administration indiqué par les médecins qui l'ont employée, varie peu et se réduit à prendre 16 grammes (once 1/2) de racine d'astragale, à faire bouillir dans demi-kilog. d'eau jusqu'à réduction de 375 grammes (12 onces) de liquide que l'on doit prendre tiède, moitié le matin, et le reste le soir.

Ainsi que je l'ai constaté, l'ébullition prolongée dans l'eau n'ajoute au décocté que de l'amidon, qu'on évitera, si on se contente d'un macéré qui devra être préparé en versant sur les racines la quantité voulue d'eau portée jusqu'à 70 ou 80 degrés centigrades, qu'on laissera en contact pendant 6 ou 8 heures. Il est important de n'administrer le décocté ou le macéré que récemment préparés, à raison de leur prompte altération.

Indépendamment de son emploi sous forme de décocté, la racine d'astragale entre dans la composition d'un rob dont la formule se trouve consignée dans un petit ouvrage intitulé : *Conseils aux deux sexes sur l'art de guérir de la maladie vénérienne, par M. W. Paris, etc.*; et bien qu'il n'y ait que supposition de ma part, je pense que le rob anti-syphilitique de Laffecteur doit les bons effets qu'on lui accorde à la racine qui nous occupe.

Les données fournies par l'examen chimique qui précède me conduisent à dire aussi qu'on pourrait avec avantage, et selon les circonstances, l'administrer, soit par forme d'extrait ou de pilules, soit sous celle de sirop simple.

Je vais dire un mot de chacun de ces modes.

Lorsqu'on aura pour but d'employer l'extrait, il conviendra de donner la préférence à celui préparé au moyen de l'alcool faible qui dissout une plus grande quantité de principes actifs, sans toucher à l'amidon. C'est à l'aide de plusieurs macérations successives de la racine d'astragale dans ce menstrue, et de l'évaporation du liquide au bain-marie, qu'on devra l'obtenir. La dose correspondante de celui-ci à 12 onces de décocté, sera de 2 grammes environ, ou demi-gros à 2 scrupules à prendre dans la journée.

Enfin, lorsqu'il paraîtra nécessaire de remplacer le décocté ou l'extrait par un sirop, voici la formule que je propose :

Pr.	Racine d'astragale sans tiges,	2 livres.
	Sucre blanc,	6 livres.

On prend la racine d'astragale coupée en morceaux, on la met dans un vase, on y verse 6 litres d'eau chauffée à 80 degrés centigrades, et on l'agite de temps en temps pendant 24 heures; on passe à travers un linge clair, on soumet à la presse, et on fait une seconde infusion pareille à la première.

Les liqueurs réunies et filtrées, ou reposées, décantées et passées à travers un blanchet, sont évaporées sur le feu, jusqu'à ce qu'il n'en reste que 2 ou 3 litres. On y fait alors fondre le sucre, et l'on cuit jusqu'à 25 degrés de l'aréomètre. A ce moment, il faut y ajouter 2 ou 3 blancs d'œufs battus dans un litre d'eau, agiter avec une spatule, chauffer jusqu'à l'ébullition. On laisse refroidir un instant, et on jette le sirop sur un blanchet; on repasse les premières portions, et bientôt le sirop coule parfaitement clair. On le remet sur le feu, et on le cuit jusqu'à ce qu'il marque 31 degrés bouillant.

La dose portée dans cette formule produit 9 livres de sirop pour les 2 livres de racines, lesquelles contiennent 148 grammes 8 décigrammes (4 onces 6 gros) d'extrait environ. Chaque once de sirop représentant à peu près 20 grains d'extrait, serait la dose à prendre matin et soir.

Telles sont les observations que je crois devoir émettre sur une substance peu ou point encore étudiée en France, et qui mérite de l'être, d'après l'opinion de célèbres auteurs.

Si ce faible travail dans lequel j'ai cherché à présenter, d'une part, la rectification de quelques erreurs qui se sont glissées dans les livres; de l'autre, une indication chimique assez exacte pour déterminer quels pouvaient être le ou les principes immédiats qui concourent à constituer les propriétés de la racine d'astragale; si enfin la pratique médicale peut tirer quelque avantage des considérations thérapeutiques dans lesquelles je me suis résumé, mon but sera atteint.

P. S. Depuis la rédaction de ce travail, plusieurs praticiens de Dijon ont observé avec soin les effets de la racine d'astragale sans tiges, administrée sous forme de décoction, dans les cas de syphilis ancienne. Les nombreux succès qu'ils comptent font espérer que bientôt la matière médicale française sera enrichie d'un antivénérien végétal qui paraît être préférable à tous ceux depuis long temps connus (1).

Usages médicaux de la violette ovale (viola ovata, viola primulifolia. Pursh.); par le docteur STEPHEN W. WILLIAMS, *de Deerfield, Massachussetts; traduit et analysé* par G. TRÉVET (de Caen).

Cette plante, à laquelle les Anglais ont donné le nom de *violette à serpent à sonnettes*, à cause de son efficacité dans la guérison de la morsure de ce dangereux reptile, est mieux connue en Amérique sous le nom de *plantain à serpent à sonnettes*. Les puissans effets médicaux de cette plante sont attestés par une foule de faits qui méritent toute confiance. Feu le docteur Wells, un des médecins les plus distingués et les plus judicieux que l'État de Massachussetts ait jamais produits; a eu l'occasion de raconter au père de l'auteur de cet article un cas fort intéressant, dont nous allons donner l'analyse.

Avant que le terrain aux environs de Deerfield fût défriché, cet endroit abondait en serpens à sonnettes; maintenant on en voit fort peu. Un jour le docteur Wells fut appelé chez une personne qui avait été mordue par une de ces reptiles, et qui se trouvait en proie à tous les symptômes occasionnés par la diffusion du venin; son corps était énormément enflé, sa respiration laborieuse, et sa peau livide. Aussitôt le docteur Wells fit faire une forte infusion de *violette ovale*, et en arrosa constamment la plaie et le corps. En peu d'heures la tuméfaction diminua, ainsi que les symptômes fébriles, et le malade fut considéré comme presque hors de danger. Le médecin avait ordonné de lui faire boire souvent, pendant la nuit, de cette même infusion de violette; mais le malade se trouvait si bien, que la garde-malade devint négligente et s'endormit. Cette suspension du médicament ramena les mêmes symptômes que l'on avait eu à combattre: la fièvre et la tuméfaction. On envoya chercher le docteur, qui ordonna de suite la reprise de l'infusion précipitée, et les symptômes disparurent. Le malade continua l'usage de ce médicament pendant deux ou trois jours, au bout desquels, sans aucun autre traitement, il fut tout-à-fait guéri.

Le docteur Thomas Williams, grand-père de l'auteur de cet article, s'est toujours servi avec le plus grand succès de l'infusion de cette plante contre la morsure des reptiles venimeux.

Enfin, le docteur Stephen Williams rapporte un cas de son observation, où le malade avait été mordu par un petit serpent vert au-dessus du pied. La jambe était considérablement enflée, et la fièvre considérable. Il essaya d'abord le traitement antiphlogistique et l'eau végéto-minérale; mais s'apercevant que les symptômes, loin de diminuer s'aggravaient considérablement, il eut recours aux fomentations émollientes avec la violette, et fit faire un cataplasme composé de son et d'infusion de violette. Sous l'influence de ce traitement, le malade ne tarda pas à recouvrer la santé.

Le docteur S. Williams a employé également cette infusion, et les fomentations avec les feuilles de cette plante, dans un cas d'inflammation chronique rebelle des yeux, et quinze jours ont suffi pour faire disparaître toute trace d'inflammation.

Il paraîtrait que les bons effets que l'on retire de l'emploi de cette plante sont dus à un autre principe qu'au mucilage, car beaucoup d'autres plantes qui en contiennent en beaucoup plus grande quantité ne sont pas regardées comme alexipharmaques, quoique, à la vérité, la violette à serpent à sonnettes en contienne plus qu'aucune autre plante du même genre. Il serait donc à désirer que l'analyse en fût faite par des personnes exercées à ce genre de travail. (*American Journal of the medical sciences, février* 1834, n° 26.)

---

(1) Il serait utile que les praticiens de la capitale fissent des essais thérapeutiques avec les préparations d'astragale.

ANALYSE

de l'écorce du *Prunus virginiana* (1); par STEPHEN PROCTOR; traduit et analysé; par G. TRÉVET.

L'écorce desséchée de cet arbre a peu d'odeur; mais à l'état frais ou en décocté, son odeur ressemble à celle des amandes amères. Elle a une saveur amère, astringente et aromatique qu'elle communique à l'eau et à l'alcool. On s'en procure une infusion, médicament officinal dans la pharmacopée des Etats-Unis, en faisant macérer pendant douze heures, une demi-once d'écorce dans une pinte d'eau froide. M. Proctor pense que c'est là la meilleure forme sous laquelle on doive administrer ce médicament, et qu'elle est de beaucoup préférable à la teinture ou au décocté.

L'importance de cette substance comme médicament a engagé M. Proctor à en faire l'analyse; celle qui se trouve dans quelques ouvrages ne lui ayant pas paru satisfaisante. La plupart des auteurs qui en ont parlé ont attribué l'action particulière qu'elle exerce sur le système, à la présence de l'acide hydrocyanique; mais c'est ce qu'aucune expérience n'avait encore prouvé. En conséquence, M. S. Proctor a cherché à déterminer quelles étaient les parties constituantes de cette écorce; et c'est le résultat de son analyse que nous allons donner ici, sans entrer dans les détails du mode d'expérimentation adopté par l'auteur.

Cette écorce est formée :

1° De fécule,
2° De résine,
3° De tannin,
4° D'acide gallique,
5° D'une matière grasse,
6° De ligneux,
7° D'une matière colorante rouge,
8° D'huile volatile,
9° D'acide hydrocyanique,
10° De sels de chaux et de potasse,
11° D'oxide de fer.

L'huile volatile de l'écorce du *Prunus virginiana* a beaucoup d'analogie avec l'huile essentielle d'amandes amères; elle agit avec la même énergie sur l'économie, et pourrait être employée comme son succédané. A la dose de deux gouttes, elle suffit pour tuer en cinq minutes un fort chat.

(1) Le prunier de Virginie (*Prunus Virginiana* de Lin. *Prunus oblonga de Mensch*), est un arbre des Etats-Unis que l'on cultive dans quelques jardins en Europe. Son écorce, la seule partie employée en médecine, est styptique, amère et aromatique. D'après Chapmann, on l'emploie contre les fièvres intermittentes. On la donne aussi dans la syphilis, la consomption pulmonaire, la dyspepsie et les affections vermineuses. L'usage de ce médicament est très-répandu en Amérique; il est tout-à-fait inusité en France. L'eau distillée des feuilles de cette plante est un violent poison.

(*Note du Traducteur.*)

Feu le docteur Conwel, dans sa *Dissertation sur la chimie végétale*, dit avoir obtenu de l'écorce du *Prunus virginiana* un principe alcalin auquel il a donné le nom de *Cérasine*. M. S. Proctor pense que cet alcali n'était autre chose que de la chaux. (*Journal of the Philadelphia Coll. of pharmacy.*)

Analyse du Cimicifuga racemosa; par M. JOHN TILLIGMANN;

Traduit et analysé; Par G. TRÉVET.

La racine de cette plante, seule partie employée en médecine, est formée :

1° D'une matière grasse,
2° De gomme,
3° De fécule,
4° De résine,
5° De tannin,
6° De cire,
7° D'acide gallique,
8° De sucre,
9° D'huile,
10° D'une matière colorante noire,
11° D'une matière colorante verte,
12° De ligneux,
13° De sels de potasse, de chaux, de magnésie et de fer. (Ibid).

Examen chimique des feuilles du mûrier blanc (Morus alba); Par M. LASSAIGNE.

L'usage que l'on fait journellement des feuilles du mûrier blanc pour la nourriture des vers à soie, m'a engagé à entreprendre leur examen vers le commencement du mois de juin de cette année.

Sans rapporter ici les moyens connus qui sont mis en pratique dans ces sortes d'analyses, je consignerai seulement les produits qu'il m'a été possible d'en séparer.

Cent parties de feuilles fraîches de mûrier blanc ont fourni les résultats suivans :

Eau de végétation.	66,6
Albumine.	2,7
Chlorophylle.	1,4
Matière sucrée incristallisable, et matière amère.	1,5
Mucilage coloré.	8,1
Malate de chaux.	2,0
Résidu ligneux.	17,7
	100,0

NOTICE

Sur les faux en écriture authentique, en France, en Espagne et en Angleterre; par M. JULIA DE FONTENELLE.

Notre honorable collègue, M. Chevallier, a publié dans le *Journal de chimie médicale* (juillet 1834) un mémoire intéressant sur les faux en écriture authentique, dans lequel il a donné la statistique des faux commis en écriture, en France, depuis 1825 jusqu'à 1831 inclusivement. On y trouve pour terme moyen 283 par an, tandis que dans la Grande-Bretagne ce nombre n'a été, pendant onze ans, que de 447, c'est-à-dire de 43, 4 par année.

Nous avons été curieux de connaître les rapports qui existent entre le nombre de ces crimes chez les deux nations placées à la tête de la civilisation, et celle qui, sous la domination des Arabes, vit briller avec tant d'éclat les sciences, les arts et les lettres, et qui maintenant, sous la verge de fer de ses institutions, ne saurait marcher avec les progrès des siècles. Nous avons donc consulté plusieurs documens sur l'Espagne, entre autres, *The foreign quarterly review, tom. V, one year in Spain Hawkin's medical statistics* etc., et nous nous sommes convaincus qu'en l'année 1826, que nous prendrons pour terme moyen, il y avait eu 45 crimes de faux en écritures authentiques. Maintenant, si nous comparons ces nombres avec la population de ces trois royaumes, ainsi calculés :

La France (en 1831). . . .	32,560,934 habitans.
La Grande-Bretagne (en 1831).	20,721,350
L'Espagne (en 1826) . . .	13,950,000

Nous aurons, pour chaque million d'habitans :

En France.	888 faux;
En Angleterre.	220;
En Espagne.	320.

Ce qui donne :

Pour la France,	1 sur. .	113,635;
Pour l'Angleterre,	1 sur. .	474,500;
Pour l'Espagne,	1 sur. .	312,567.

Il est aisé de voir que, de ces trois royaumes, la France est celui qui compte le plus de faux en écritures authentiques. On ne saurait en attribuer les causes aux progrès des arts chimiques dans ce royaume, puisque l'Espagne, qui est la moins avancée de ces trois nations en ce genre, compte beaucoup plus de ces crimes que l'Angleterre, qui marche la rivale de la France.

Mais, par une heureuse compensation, l'Espagne n'a compté, en 1826, que (1) :

Suicides (2).	16;
Infanticides.	13 (1);
Empoisonnemens.	5.

L'on voit que sous ces points de vue elle le cède fortement à l'Angleterre et à la France. Il en est de même des *duels* : ils sont si rares en Espagne, que dans l'année précitée on n'en a compté que quatre.

Quant aux *viols*, on en a signalé :

En France (1831),	69, ou 1 sur. . .	470,000 habitans;
En Espagne (1826),	62, ou 1 sur. . .	240,000;
En Angleterre (1831),	77, ou 1 sur. . .	180,000.

Ceci donne lieu à une remarque curieuse ! c'est que le climat, ni la violence des passions, ne rendent pas les crimes de viol plus fréquens, comme on aurait pu le croire, puisque la France est le pays d'Europe qui en offre le moins, et qu'en Angleterre ils sont plus que le double de la France, et d'un tiers plus nombreux qu'en Espagne.

Enfin, ils se sont élevés :

En Autriche (1809),	à 1 sur. . .	150,000 habitans;
En Wurtemberg (1826),	à 1 sur. . .	40,000;
A Bade (1827),	à 1 sur. . .	40,000.

Enfin, l'homicide et les tentatives de ces crimes, sont, en Espagne, 45 fois plus fréquens qu'en France, et 27 fois plus qu'en Angleterre; et l'on peut affirmer qu'à l'exception de la Dalmatie, aucune autre contrée européenne, pas même la Corse, ne compte autant d'assassinats ou de meurtres entrepris ou consommés, que l'Espagne.

(1) Nous avons choisi l'année 1826 parce que c'est la seule sur laquelle on a les renseignemens les plus exacts.

(2) Le suicide est moins fréquent en Espagne que dans les autres États : cela tient non-seulement à ses croyances, mais encore à ce qu'il est classé parmi les délits.

(1) L'infanticide est très-rare en Espagne. Si nous établissons une comparaison avec un des États de l'Europe, la Prusse, par exemple, nous verrons que sur une population presque égale, il y a environ cent infanticides par an.

NOTE

Sur la coagulation de l'albumine végétale, par un courant électrique; par M. LASSAIGNE.

Le fait de la coagulation de l'albumine animale au pôle positif de la pile voltaïque, observé, pour la première fois, il y a long-temps, par M. Brandes, a été depuis remarqué et répété par un grand nombre de chimistes. Ce singulier phénomène a été diversement expliqué par plusieurs physiologistes; mais l'explication qui parait aujourd'hui la plus vraisemblable, et que nous avons tenté de démontrer en 1819, se déduirait de la décomposition par la pile des sels qui sont naturellement mélangés à l'albumine liquide, et dont les acides, par leur propriété électro-négative, se trouvant attirés au pôle positif, s'unissent directement à l'albumine, et la transforment en un composé insoluble dans l'eau.

La présence, dans certaines parties des végétaux, d'un principe azoté analogue à l'albumine animale, n'a encore été établie que d'après un certain nombre de propriétés qui sont communes à ce principe immédiat, extrait des substances animales, telles que la coagulation de sa solution par la *chaleur*, les *acides*, le *deutochlorure de mercure*, l'*alcool*, le *tannin*, *certains sels métalliques*, et *les produits de sa décomposition au feu*, etc., etc. Mais on ignore encore si la composition de ces deux principes, qui paraissent identiques par l'ensemble des propriétés que nous venons d'énoncer, est exactement la même, c'est-à-dire, si leurs élémens sont combinés dans les mêmes rapports. Quoique, pour le moment, mon travail n'ait pas été dirigé vers ce but intéressant de chimie organique, j'ai désiré vérifier, par une expérience directe, si l'albumine retirée des végétaux se comportait avec la pile comme celle extraite de *l'œuf*, du *sang* ou des muscles. A cet effet, une solution aqueuse d'albumine, obtenue en traitant, par l'eau distillée froide, le marc des amandes douces pilées et fortement exprimées, a été placée dans deux petits tubes de verre, communiquant ensemble à l'aide d'un petit faisceau de fils d'amiante humectés, et les deux fils de platine, terminant les deux pôles d'une pile à auge en activité, ont été mis en rapport avec cette solution.

Au bout de plusieurs minutes d'action, on a observé que le fil de platine attaché au pôle positif, s'entourait de toutes parts d'une matière blanche demi-transparente, dont la proportion a augmenté pendant toute la durée de l'action de la pile, et s'est ensuite précipitée en flocons blancs. La liqueur qui était en contact avec le fil fixé au pôle négatif ne s'est que très-légèrement troublée.

La pile n'ayant presque plus sensiblement d'action au bout de trois quarts d'heure, on a examiné l'état des deux solutions, et on a constaté que la solution dans laquelle l'albumine avait été coagulée, *rougissait le papier de tournesol*, tandis que celle qui était dans l'autre tube, au pôle négatif, *bleuissait le papier de tournesol rougi*.

Ces effets ne tendent-ils pas à démontrer que les sels contenus naturellement dans la solution d'albumine végétale, ont été décomposés, et que, comme pour l'albumine animale, précipitée par la pile, c'est au transport des acides au pôle positif qu'il faut attribuer la coagulation de cette albumine retirée des amandes douces.

Cette nouvelle expérience, en ajoutant aux propriétés déjà connues de l'albumine végétale, paraît indiquer la plus grande similitude avec l'albumine qui se trouve dans les différens liquides animaux. Toutefois, il reste encore à l'analyse élémentaire à démontrer jusqu'à quel point la composition de ces deux principes est plus ou moins semblable.

Note sur le Titane métallique.

On sait combien sont grandes les difficultés qu'il y a d'obtenir le titane à l'état métallique, et ces difficultés ont été exposées dans les mémoires ou notes que Vauquelin, Hecht, Langier, Henri, Rose, ont publiés sur le titane, et sur les moyens mis en usage pour réduire l'oxide et l'amener à l'état métallique.

Tous ces chimistes avaient été d'accord pour donner au titane à l'état de métal une couleur jaune, se rapprochant de celle du cuivre et de l'or; mais les petites quantités qu'on en obtenait ne permettaient pas de reconnaître positivement ses caractères.

En 1822, on trouva dans l'usine de fer de *Merthyr-Tydwill* en Angleterre, des scories ferrugineuses rassemblées dans le cendrier d'un haut-fourneau; ces scories, dans leur milieu, offraient de petits cristaux cubiques d'une couleur rouge : ces cristaux furent pris pour du sulfure de fer; mais, examinés par Wollaston, ce savant démontra qu'ils étaient formés de titane métallique pur.

Ces cristaux furent extraits d'un silicate ferreux fondu, rempli de cavités dans lesquelles on trouvait ces cristaux : ils étaient petits, formant des cubes réguliers, dont les plus gros n'avaient que 1/40e de pouce; quelques-uns offraient des échancrures, comme si des fragmens cubiques s'en étaient détachés; ils rayaient sensiblement l'agathe, et avaient un poids spécifique de 5,3.

Depuis 1822, on a retrouvé de ce titane métallique dans d'autres hauts-fourneaux, et parmi les scories qui se trouvaient dans le cendrier.

Ayant fait tout récemment un voyage dans la capitale de la Grande-Bretagne, nous eûmes le plaisir de voir M. R. Philipps, à l'hôpital Saint-Thomas, et il voulut bien nous donner une petite quantité de titane, obtenu dans les hauts-fourneaux lors de la réduction d'une mine de fer limoneuse, contenant de l'*hatchetine* (1).

Le titane qui nous a été donné par M. Philipps a une belle couleur jaune, qui se rapproche de la couleur de l'or. Examiné à la loupe, nous reconnûmes qu'il est formé de petits cubes, et que quelques-uns de ces cubes, réunis entre eux, formaient des pyramides analogues à celles que donnent le sel marin, l'hydrochlorate de soude.

Une portion de ce titane ayant été isolée, cristal à cristal, fut pulvérisée, et traitée par la potasse à l'aide de la chaleur; on obtint une coloration en vert annonçant la présence du manganèse dans ce métal; la liqueur, traitée par l'acide oxalique, détermina la précipitation du titane, et retint en dissolution de l'oxalate de fer, qui provenait du fer mêlé au métal.

Il résulte de ces expériences que les cristaux de titane que nous avons examinés contenaient du fer et du manganèse.

A. CHEVALLIER.

---

(1) *L'hatchetine* est une des substances auxquelles M. Brongniart a donné le nom de *résines succiniques*. Il l'a rangée dans la troisième espèce; c'est une substance blanchâtre ou jaunâtre, offrant un éclat gras, quelquefois nacré, tantôt translucide, tantôt opaque, fondant très-facilement, et donnant à la distillation une odeur de bitume et une matière d'un jaune verdâtre, ayant une consistance de beurre, laissant un résidu charbonneux dans la cornue.

NOTE

Sur la coërcition des miasmes ; par P. H. BOUTIGNY, pharmacien à Evreux.

Une remarque que j'ai faite il y a quelques mois, et que je ne croyais pas digne de fixer l'attention des savans, me paraît aujourd'hui du plus grand intérêt. Les personnes qui ont lu le compte rendu du *Mémoire de M. Boussingault* le comprendront facilement (1).

A l'époque dont je viens de parler, une odeur d'abord désagréable, qui devint ensuite insupportable, se manifesta dans ma pharmacie. Nous lui trouvions l'odeur qu'exhalent les souris en putréfaction. Cette odeur devint tellement infecte, que nous en étions réellement incommodés. Nous résolûmes de nous en débarrasser en visitant toute la pharmacie, pour trouver les souris mortes; mais toutes nos recherches furent vaines.

Un jour je remarquai que cette odeur augmentait d'intensité quand on ouvrait une armoire dans laquelle je conservais quelques acides. Je cherchai aussitôt, et j'y découvris une masse de champignons en putréfaction. Jusque-là rien que de naturel; mais ce qui m'étonna au dernier point, ce fut de trouver la partie supérieure de tous les flacons recouverte d'un enduit rouge-violet assez épais. J'essuyai avec soin tous ces flacons, et deux jours après le même phénomène s'était reproduit. Je les essuyai de nouveau (excepté un), et j'enlevai les champignons. Alors l'odeur disparut complètement, et l'enduit ne se reforma pas.

Je puis conclure de ce fait que les *miasmes* ne sont point incoërcibles, et que s'ils n'ont pu l'être jusqu'à ce jour, cela n'a tenu qu'à l'insuffisance des moyens employés. Espérons que M. Boussingault continuera ses curieuses expériences, et qu'il nous fera connaître quelque jour la cause encore inconnue d'une foule de maladies.

Préparation de la Cubebine ; par M. CASSOLA, chimiste napolitain.

On fait bouillir pendant quelques minutes une onze de *piper cubeba* en poudre dans 5 onces d'eau contenant 2 gros de potasse caustique pure; on passe avec expression et on lave jusqu'à ce qu'on ait séparé la substance mucilagineuse qui était d'abord dense comme la gélatine; on sèche le résidu, et on le fait bouillir dans 8 à 10 fois son poids d'alcool à 40 degrés; on filtre, et l'on distille pour en retirer l'alcool. Le résidu est un liquide lactescent qui doit être délayé dans son volume d'eau, et que l'on unit à de la chaux en poudre jusqu'à ce que toute l'eau soit absorbée et la matière grasse détruite : alors on traite la poudre obtenue, par l'alcool anhydre, et l'on évapore doucement la liqueur jusqu'à ce qu'on ait un liquide laiteux qui, par la dessiccation, donne a *cubebine*.

On peut obtenir aussi cette substance en faisant bouillir une partie du cubèbe dans 4 parties d'alcool ou 40 d'eau; l'on passe avec expression, et l'on distille pour en obtenir tout l'alcool. La liqueur résidu est décomposée par le sous-acétate de plomb : on fait bouillir pendant quelques minutes, l'on filtre, et le précipité est lavé et traité par l'alcool bouillant. La solution alcoolique évapore lestement, donne la cubebine extraite par l'un ou l'autre de ces procédés. Cette substance est identique; elle est d'un vert jaunâtre et a la consistance de la térébenthine; elle a une saveur douceâtre, suivie de cette saveur âcre et piquante de cubèbe; elle est très-soluble dans l'éther et dans l'alcool anhydre; elle est presque insoluble dans l'eau bouillante, qui cependant retient la saveur du *piper* C. Chauffée à 30 + 0, elle se fond comme la graisse; elle n'est ni acide, ni alcaline et jouit des propriétés médicales du cubèbe.

Cette substance paraît différer de la piperine par les propriétés suivantes :

1° La piperine traitée par l'acide sulfurique, prend une couleur jaune-orangée qui passe successivement au jaune, au vert obscur et au noir, tandis que la *cubebine*, par le même acide, devient d'abord d'un très-beau rouge cramoisi qui persiste pendant 20 à 25 heures.

2° La piperine cristallise facilement, tandis que la cubebine se rassemble en gouttes huileuses réunies plus ou moins solides.

Les acides nitrique et hydrochlorique soit isolés, soit réunis, ne dissolvent ni n'altèrent la cubebine : le premier la rend seulement plus douce et presque blanche. J.-F.

NOTE

Sur la benzine ; par M. MITSCHERLICH.

Si l'on mêle de l'acide benzoïque avec une quantité d'une base puissante, pour saturer deux fois une quantité double d'acide benzoïque (une partie d'acide sur trois de chaux éteinte), et que l'on soumette le mélange à la distillation, il passe d'abord de l'eau, ensuite un liquide limpide et oléagineux qui nage à la surface de ce liquide. Si l'on chauffe lentement ce mélange, le résidu dans la cornue est absolument incolore, et lorsqu'on le dissout dans un acide, il y a dégagement d'acide carbonique, mais pas la moindre trace de résidu; la dissolution dans l'acide est incolore, et ne donne lieu au dégagement d'aucun gaz. Ainsi, l'acide benzoïque se décompose en acide carbonique et en ce liquide oléagineux. Celui-ci, distillé sur le potassium, ou mis en contact avec lui, n'en altère point l'éclat métallique, de sorte que, d'après cela, ce liquide ne contient point d'oxigène.

La benzine est limpide, incolore, d'une odeur particulière, d'une densité de 0,83; elle bout à 86°, se congèle dans la glace en une masse cristalline qui se liquéfie à + 7°. Elle se dissout facilement dans l'alcool et l'éther, très-faiblement dans l'eau, mais cependant assez, pour lui communiquer son odeur; elle ne se dissout pas dans l'acide sulfu-

---

(1) Voir le numéro d'octobre.

rique et ne s'y altère point : il en est de même avec les autres acides puissans.

Si l'on en verse dans un flacon plein de chlore gazeux, et à l'abri de la lumière solaire, il ne se manifeste qu'une très-faible action; mais dès que la lumière y peut parvenir, il se forme des nuages épais, de l'acide hydrochlorique, une substance cristalline et une molle. Celle-ci se dissout facilement dans l'éther; celle qui est ferme s'y dissout moins bien, et quand on les y dissout toutes les deux en même temps, cette dernière s'en sépare ensuite en cristaux. Le brôme décompose aussi la benzine; l'iode s'y dissout un peu sans la décomposer.

L'analyse de la benzine a donné :

Carbone.	92,62
Hydrogène	7,76

(Poggendorff's, *Anna. der phys.*, 1834.) J.-F.

NOTE

Sur la Lupinine ; par M. CASSOLA.

Lorsqu'on traite la farine de lupin ordinaire, par l'eau, celle-ci acquiert une saveur amère. Pour en reconnaître la cause, M. Cassola a fait bouillir de cette farine dans de l'alcool à 40 degrés. Après avoir filtré la liqueur presque bouillante, il l'a évaporée à siccité. Le produit était d'un vert-jaunâtre assez vif, très-solide, brillant et transparent. L'ayant dissous dans l'eau distillée et décoloré par le charbon animal, et évaporé en consistance sirupeuse, la liqueur déposa de très-petits grains blancs qui, examinés avec un excellent microscope, n'ont montré aucune forme distincte, ayant évaporé doucement et à siccité la substance amère du lupin. L'auteur lui a donné le nom de *lupinine*.

Cette substance est très-soluble dans l'eau; elle est transparente et fragile comme la gomme arabique; elle attire l'humidité de l'air, et prend une consistance sirupeuse; elle est très-amère; elle est insoluble dans l'éther et dans l'alcool anhydre, d'autant plus soluble dans l'alcool qu'il est plus aqueux. Les acides et la potasse ne paraissent pas exercer une action marquée sur cette substance : si l'on aide l'action de l'acide nitrique de celle du calorique, la lupinine prend une couleur jaune qui passe au jaune-orangé, et elle se décompose ainsi que l'acide.

N. B. La cubébine et la lupinine, obtenues par M. Cassola, ne nous paraissent pas être des produits immédiats, mais probablement un composé de plusieurs substances.

J.-F.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 20 octobre 1834. — Électricité animale.

M. Donné avait présenté, il y a quelques mois, un mémoire sur l'électricité animale. M. Matteucci a répété ces expériences et a reconnu qu'en effet, chez les animaux vivans, la peau et la membrane muqueuse de la bouche sont dans un état électrique opposé ; mais il lui a été impossible de voir rien de semblable chez ceux où la vie était complétement éteinte ; d'où il a été porté à rejeter la théorie proposée par M. Donné, qui considère ce fait comme tenant à ce que les liquides qui enduisent une des surfaces sont acides, pendant que les autres sont alcalins. Lorsque l'on tue promptement l'animal, en le décapitant, par exemple, on reconnaît encore pendant quelque temps des traces d'électricité ; mais si on emploie pour le faire périr l'acide hydrocyanique, toute électricité disparaît. Or, les liquides n'ont pas eu le temps de s'altérer ; ils sont encore l'un acide, l'autre alcalin. Ce n'est donc point à la différence de leur nature qu'il faut rapporter le phénomène, mais à une action nerveuse. M. Donné rappelle à cette occasion que dans son mémoire il a cité des observations faites sur des animaux vingt-quatre heures après leur mort ; et dans lesquelles on avait reconnu, quoiqu'à un moindre degré, l'état électrique opposé des deux membranes. Il ne nie pas que l'influence nerveuse n'ait quelque part à l'influence du phénomène, et il ne serait pas éloigné d'admettre que chez des animaux tués par certains moyens mécaniques cette influence ne fût encore sensible après vingt-quatre heures.

L'Académie reçoit, par l'entremise du garde-des-sceaux, une communication de M. Boutigny, pharmacien à Évreux, qui indique un nouveau moyen pour faire disparaître des écritures, ou plutôt pour faire une écriture qui disparaît d'elle-même, de sorte qu'un effet de commerce qui aurait été écrit avec la liqueur qu'il signale deviendrait au bout de quelque temps, entre les mains de celui qui l'aurait reçu, un papier tout blanc.

Il est bon qu'on soit prévenu de la possibilité de cette fraude ; mais peut-être le garde-des-sceaux eût-il bien fait de ne pas donner tant de publicité à un procédé dont certaines gens seront peut-être tentés d'abuser.

M. le vice-amiral Boussin écrit de Constantinople qu'on a ressenti dernièrement dans cette ville deux secousses de tremblement de terre, la seconde plus forte que la première. La mer ne prit pas part à l'agitation. L'auteur de la lettre rappelle à cette occasion la croyance généralement répandue à Constantinople, que ces tremblemens sont l'annonce d'une peste plus meurtrière que de coutume.

Par suite de la correspondance, M. Arago annonce la convalescence de M. Berzélius. Ce célèbre chimiste a été frappé du choléra et assez gravement pour qu'on désespérât un moment de sa vie.

Pluie de crapauds.

M. Peltier adresse à ce sujet la lettre suivante.

« A l'appui de la communication faite dans la précédente séance par M. le colonel Marmier, je citerai un fait dont j'ai été témoin dans ma jeunesse. Un orage s'avançait sur la petite ville de Ham du département de la Somme, que j'habitais alors, et j'en observais la marche menaçante, lorsque tout à coup la pluie tomba par torrens. Je vis aussitôt la place de la ville couverte de petits crapauds; étonné de leur apparition, je tendis la main et je reçus le choc de plusieurs de ces animaux. La cour de la maison en était également remplie. Je les voyais tomber sur un toit d'ardoise et rebondir de là sur le pavé. Tous s'enfuirent par les ruisseaux qui s'étaient formés et furent entraînés au dehors de la ville. Une demi-heure après, la place en était débarrassée, sauf quelques traînards qui paraissaient froissés de leur chute. Quelle que soit la difficulté d'expliquer le transport de ces reptiles, je n'en dois pas moins affirmer le fait, qui a laissé des traces profondes dans ma mémoire par la surprise qu'il me causa. »

M. Arago fait remarquer que l'auteur de cette communication est trop connu par ses travaux scientifiques, pour qu'on puisse craindre qu'il ait observé légèrement les circonstances du fait qu'il rapporte.

M. Duméril fait une seconde communication sur le même sujet : elle m'a été adressée, dit-il, par une dame qui désire n'être pas connue, mais dont le père a laissé un nom cher aux sciences, dont il fut un protecteur éclairé.

« En septembre 1804, dit cette dame, je chassais avec mon mari dans le parc du château d'Oignois (près de Senlis) que nous habitions. Il était environ midi, lorsque le tonnerre gronda fortement, et tout à coup le jour fut obscurci par un énorme nuage noir. Nous nous acheminâmes de suite vers le château, dont nous étions encore assez éloignés. Un coup de tonnerre d'une force extraordinaire rompit le nuage, qui versa sur nous un torrent de crapauds mêlés d'un peu de pluie. Cette pluie me parut durer bien long-temps ; cependant en y réfléchissant depuis, je suis à peu près certaine qu'elle a continué au moins un quart d'heure. »

M. Duméril fait un rapport sur la communication de M. Marmier. Les circonstances locales du fait observé ne sont pas, dit le rapporteur, décrites avec assez de soin pour qu'on en puisse présenter une explication précise. Cependant, si les crapauds sont tombés avec la pluie, comme le suppose M. Marmier, qui, du reste, n'a pas été témoin de leur chute, on doit penser, non qu'ils se sont développés dans l'air, comme paraît le croire l'auteur de la lettre, mais qu'ils ont été apportés par un coup de vent qui les avait enlevés d'une autre localité.

Les naturalistes savent que cette apparition subite de petites grenouilles à la surface de la terre et dans les lieux où il ne semblait pas en exister auparavant, a de tout temps éveillé l'attention et la curiosité des peuples, qui supposaient ces animaux tombés du ciel. On trouve, en effet, des traces de cette croyance dans Aristote, dans quelques passages d'Athénée et d'AElien; chez les modernes, dans Gessner, dans plusieurs parties des Mémoires des curieux de la nature; enfin dans les ouvrages de Rey, et surtout dans ceux de Redi.

Il s'engagea à ce sujet de graves discussions : Cardan fut vivement attaqué par Scaliger, pour avoir cru à cette sorte de génération spontanée. Pison crut, non pas que les crapauds tombaient tout formés du ciel, mais qu'ils naissaient par suite de l'action fécondante de la pluie sur les mottes de terre grasse. Lentilius l'en reprit vertement; Je ne vois, dit-il, dans tout ce qu'on raconte à ce sujet, qu'une génération chimérique et non une génération spontanée. La plupart des auteurs qui refusèrent de croire à ces étranges pluies, nièrent les faits allégués. Redi ne refusa pas de les admettre, mais il en proposa une explication naturelle.

« Les crapauds et les grenouilles qui, suivant l'opinion des peuples, tombent des nues avec la pluie, ne paraissent en effet, dit ce savant observateur, que lorsqu'il a plu un peu; mais ces animaux étaient nés plusieurs jours auparavant, ou plutôt, après avoir subi leur transformation complète, ils avaient quitté l'eau dans laquelle leurs têtards s'étaient développés; ces grenouilles s'étaient tenues tapies et cachées dans les fentes de la terre, et sous les pierres et les mottes où l'œil ne les pouvait discerner à cause de leur immobilité et souvent de leur couleur terne. Au reste, ajoute Redi, cette découverte n'est pas de moi, elle est de Théophraste, qui a fait mention de ce fait, comme on le voit dans la bibliothèque de *Photius* et dans un fragment de son livre sur les animaux qui apparaissent subitement. »

« Cette observation de Redi, reprend le rapporteur, est généralement adoptée. Tous les naturalistes savent que la plupart des batraciens déposent leurs œufs dans l'eau; que les têtards qui en proviennent subissent là leur transformation et que, comme leur génération s'est opérée chez tous à une même époque, c'est aussi au même moment, sous les mêmes conditions de climat, que tous subissent leur métamorphose.

» On sait également que les crapauds ont l'instinct de se rendre fort loin dans les lieux où les eaux sont retenues par des lits de glaise ou de toute autre nature de terrain dont le sol est inférieurement imperméable. Sur la surface de ces mêmes terres, par l'effet de la chaleur et de la sécheresse, il se forme de longues fissures du fond desquelles on voit, au moment de la pluie, sortir par milliers ces petits animaux qui seraient écrasés par le gonflement de la terre qui les recèle, et qui sont d'ailleurs attirés au dehors par l'humidité que leur peau, d'une finesse extrême, absorbe avec une étonnante rapidité. On voit que tous viennent de naître, car ils portent encore les restes de la queue qui servait à leur mouvement dans l'eau lorsqu'ils étaient sous la forme de têtards.

» Ainsi, l'époque précise de l'année, le temps de pluie qui précède constamment l'apparition de ces grenouilles et de ces crapauds naissans qui portent encore les insignes de leur récente transformation, quelquefois l'absence absolue de tourbillons de vent, ne laissent aucun doute aux naturalistes sur l'origine de ces prétendues pluies de crapauds. Nous pouvons maintenant ajouter, poursuit le rapporteur, que nous avons nous-même observé cette apparition subite en deux circonstances, une fois en Picardie, dans des marais aux environs d'Amiens, et une autre fois en Espagne, dans des prairies aquatiques, près de Marbella. C'est un fait dont M. Desgenettes pourrait peut-être se rappeler. »

ANATOMIE DES CÉTACÉS.

M. Duméril fait un rapport sur un mémoire de M. Bourjot Saint-Hilaire ayant pour titre : *Considérations sur le nerf facial et sur son influence dans l'acte de la respiration chez le marsouin.*

Les animaux de l'ordre des cétacés ont, comme on le sait, la forme extérieure et les habitudes des poissons; et cependant toute leur organisation, surtout pour ce qui concerne les fonctions de la respiration et de la reproduction, les rapprochent infiniment davantage de la classe des mammifères, parmi lesquels tous les naturalistes les rangent aujourd'hui.

La modification des formes extérieures de l'animal, en rapport avec ses habitudes aquatiques, n'a pu avoir lieu sans en nécessiter beaucoup d'autres dans les détails de l'organisation. Ainsi, le cétacé n'a plus de lèvres charnues, et s'il a quelquefois des dents, ce n'est plus pour mâcher sa nourriture, mais seulement pour blesser et retenir sa proie. Sa bouche n'est jamais assez bien close pour que l'eau n'y pénètre pas en grande quantité chaque fois qu'il ouvre les mâchoires pour saisir un corps immergé, ce qui a exigé un mécanisme particulier à l'aide duquel il peut se débarrasser de ce liquide en le poussant sous forme d'un ou deux jets lancés dans l'atmosphère.

Cette régurgitation s'opérant par les narines, y a nécessité des modifications remarquables, et a dû en entraîner également dans le larynx, d'une part pour empêcher l'entrée de l'eau dans la trachée, et de l'autre pour faciliter la pénétration de l'air atmosphérique dans l'intérieur des poumons. On prévoit d'ailleurs aisément que l'organe de l'odorat est devenu pour ainsi dire inutile chez les cétacés, puisque leur nourriture ne se trouve pas dans l'air; de même que ce sens, s'il avait existé, n'eût pas tardé à être émoussé par le passage continuel et le frottement rapide de l'eau sur la membrane qui tapisse les conduits nasaux. Cette circonstance est assez clairement indiquée par la nature même du tissu de cette membrane et par l'absence presque absolue de nerfs olfactifs.

Ce sont ces premiers appareils de l'acte de la respiration qui ont fait le sujet spécial des études de M. Bourjot. C'est sur le marsouin (*delphinus phocœna*) qu'il a décrit les parties osseuses et musculaires de l'évent.

L'auteur, dans ce mémoire, donne une description très-détaillée de la forme, de la disposition toute particulière des os qui entrent dans la composition des fosses nasales, et de l'arrangement qu'ils ont subi dans les parois des cavités qu'ils constituent; puis il décrit l'appareil musculaire, les deux lèvres mobiles de l'orifice nasal externe, la double poche char-

nue et le mécanisme des soupapes qui la ferment. Tous ces faits étaient connus ; mais, sous quelques rapports, ils n'avaient point encore été étudiés avec autant de soin et de détails.

C'est surtout sur l'origine, la distribution et les fonctions des nerfs qui se terminent dans ces appareils, que les commissaires signalent des observations tout-à-fait nouvelles, qui viennent confirmer d'une manière positive les usages attribués par Charles Bell à la portion dure de la septième paire. On sait que ce physiologiste considère la septième paire ou nerf facial, comme spécialement destinée à produire ou à faire concorder les mouvemens de la respiration dans les parties supérieures ou faciales de l'appareil. Or, dans le marsouin, les rameaux destinés aux muscles chargés de faire mouvoir ces singulières narines, se trouvent extrêmement développés.

Il résulte des expériences et des observations de Bell, que la respiration s'opère sous l'influence réunie de quatre paires de nerfs qui proviennent tous d'une même région de la moelle épinière, où ils semblent naître sur une seule rangée régulière. Ces nerfs sont : 1° le spinal accessoire ; 2° le pneumo-gastrique ; 3° le glosso-pharyngien ; 4° le facial ou portion dure de la septième paire.

M. Bourjot Saint-Hilaire a trouvé dans les cétacés une pleine confirmation des prévisions de Bell. En effet, le nerf facial, après sa sortie du crâne, au lieu de s'étaler comme chez l'homme et chez les autres mammifères, en filets nombreux qui se distribuent au nez, aux lèvres, au menton et au cou, se continue sous la forme d'un très-gros cordon plexiforme, sans donner une seule branche, jusqu'à l'endroit qui correspondrait à la commissure des lèvres ; et là, au lieu de se distribuer dans ces parties et au museau antérieur, il remonte contre sa direction première en faisant avec son tronc un angle très-aigu, pour se jeter, non sous la peau, mais dans les muscles profonds et puissans qui agissent sur les poches à eau qui déterminent la dilatation et le resserrement des évens, dans le mécanisme particulier qu'ils sont appelés à exécuter pour l'acte de la respiration.

Les commissaires ont eu sous les yeux les préparations qui ont servi à l'auteur pour son mémoire et reconnu l'exactitude de tout ce qu'il avait avancé ; ils regardent ce fait anatomique comme venant à l'appui de l'une des découvertes de la physiologie moderne, et proposent en conséquence que la partie du travail de M. Bourjot qui se rapporte à la description du nerf facial, soit insérée dans le *Recueil des savans étrangers*.

MONOTRÈMES.

M. Geoffroy lit des remarques sur les objections qui ont été faites à différentes époques à ses travaux sur les monotrèmes, principalement à celles qui se trouvent consignées dans un mémoire lu à l'Académie par M. de Blainville, le 18 février dernier, et insérées vers la fin de la même année dans les nouvelles Annales du muséum, t. 2, p. 369 —416.

Premièrement, dit M. Geoffroy, on me fait un reproche de ce que les pièces sur lesquelles j'appuie quelques-unes de mes déterminations ont été préparées par M. Laurillard, et on revient si fréquemment sur ce point, qu'il semblerait que je me serais borné à voir et à prendre, pour mon mémoire sur les organes sexuels de l'ornithorhinque, des faits anatomiques mis au jour par le scalpel de M. Laurillard sous la direction de M. Cuvier. Ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées ; et on me permettra de faire connaître avec quelques détails la circonstance à laquelle on a fait allusion.

J'avais entrepris un travail comparatif sur les organes sexuels chez tous les vertébrés, et déjà publié à ce sujet plusieurs mémoires, lorsque M. Cuvier rapporta de Londres deux ornithorhinques mâle et femelle, l'un qu'il avait acheté, l'autre qu'il devait à la munificence de sir Everard Home. Il destinait ces deux pièces pour un travail qu'il avait en vue. Néanmoins, me voyant lancé dans des recherches utiles, M. Cuvier eut la générosité de me permettre d'aller puiser des faits dans ses deux précieux exemplaires, mettant à cette grâce pour condition que son collaborateur, M. Laurillard, disséquerait lui-même, afin que les pièces fussent plus ménagées, qu'elles restassent en place et fussent du moins préservées d'une complète destruction. M. Cuvier, qui ne savait pas donner d'une main pour reprendre de l'autre, n'assista point à nos dissections ; M. Laurillard ne dut agir et n'agit en effet que sous mon impulsion, il le fit avec sa complaisance ordinaire. Si je n'ai pas moi-même employé le scalpel, c'est que cela m'était recommandé, et je dus aussi, pour conserver dans leur intégrité les pièces mises à ma disposition, m'arrêter quelquefois dans mes recherches, et, sur certains points, me contentant d'une première vue, laisser des faits incomplets.

Un autre reproche que l'on m'adresse, c'est de n'avoir pas dit, lorsque je présentai le programme de mon mémoire (le jour même où M. de Blainville lut le sien), que cette dissection avait été faite en 1823 : on donne à entendre que j'ai été inspiré par un article de l'*Anthologie de Florence* (février 1827), où les ornithorhinques sont déclarés ovipares. Je présente ici ces dessins qui sont datés par le peintre qui les a exécutés, et un extrait des procès-verbaux du Muséum, constatant le jour où je les ai présentés à l'assemblée des professeurs. Je tiens à ce que cette date soit bien établie ; car je ne voudrais pas qu'on pût me supposer l'intention d'enlever à Meckel, qui a décrit et figuré les faits en 1826, son mérite d'antériorité.

Lorsque la première de mes planches était déjà exécutée, en 1823, j'appris par M. Roux que Meckel préparait un travail sur le même sujet : ce fut un motif, non pour accélérer, mais pour retarder ma publication. Les faits actuels ne m'importent pas autant que le jugement à porter à leur sujet. Les déterminations des parties sont difficiles, et j'étais sûr que M. Meckel ne porterait point son attention sur les points essentiels ; je voulus lui laisser le temps d'exposer ses déductions avant de faire connaître les miennes. Le mémoire pour lequel était préparée la planche dont j'ai parlé plus haut ne parut donc qu'en 1827 ; une épreuve de cette planche avait été donnée en 1823 à M. Knox, qui l'emporta en Écosse. Une seconde planche fut préparée et gravée en 1827 ; cette nouvelle préparation ne faisait au reste que confirmer toutes mes prévisions.

On prétend que j'ai attaché trop de valeur au fait de coquilles trouvées dans les nids d'ornithorhinques ; mais les nouvelles communications reçues de l'Australasie montrent que

c'est un fait trop général pour ne pas apporter un puissant argument en faveur de l'oviparisme.

On me reproche d'avoir comparé les cœcums des appareils glandulaires des échidnés, aux cryptes de même forme que présentent les flancs des musaraignes ; ces cryptes, dit-on, n'y peuvent être assimilés : 1° en raison de leur petitesse ; 2° parce qu'ils sont odoriférens ; mais depuis j'ai montré dans le rat des cryptes semblables qui, d'une part, sont beaucoup plus volumineux relativement au volume de l'animal, et qui, de l'autre, sont tout-à-fait sans odeur.

Je ferai à mon tour, dit M. Geoffroy, une remarque sur les écrits de mon savant adversaire. Dans le mémoire lu à l'Académie en février 1833, M. de Blainville commence par affirmer que les nouvelles recherches d'Owen confirment pleinement ses vues et celles de Meckel sur les viviparisme des monotrèmes ; voyons comme il conclut, et pour cela rapportons ses propres paroles.

« D'après cela l'ornithorhinque serait réellement un vé-
» ritable mammifère et vivipare comme tous les pilifères :
» mais en même temps, chez lui le produit de la généra-
» tion aurait quelque chose de l'œuf des ovipares. Il n'aurait
» pas de placenta ; d'où il formerait un passage évident en-
» tre les vivipares, non seulement dans ce point, mais de
» plus aussi dans presque tous les appareils. »

Or, dit M. Geoffroy, n'est-ce pas pour arriver à ces conclusions : qu'il n'y a point de placenta, que l'œuf a quelque chose de celui des ovipares et que cette condition organique se propage plus ou moins à tous les autres appareils ; n'est-ce pas, je le répète, pour arriver à cette conséquence, que je suis sur la brèche depuis 1804, époque où j'ai commencé la révision de sir Everard Home, ayant dès lors proposé le nom de *monotrèmes ?*

Voilà donc, poursuit l'honorable académicien, la lutte qui se termine, et les trois zoologistes dissidens arrivant à se rencontrer en un même point. Reste un autre fait digne de la plus haute considération : les mammifères seraient lactifères en même temps qu'ovipares, ou, si l'on veut, ovo-vivipares. Le fait vaut la peine qu'on y regarde à deux fois ; je l'admets provisoirement. Cependant, que prouve la réunion de ces deux conditions, jusque-là regardées comme incompatibles ? Qu'il existe chez les monotrèmes une anomalie telle qu'on ne peut les réunir aux mammifères, et qu'il faut admettre cinq classes distinctes parmi les vertébrés. C'est ce que je n'ai jamais cessé de soutenir.

Séance du 28 octobre 1834.

M. Guérin communique dans une lettre les résultats de quelques nouvelles recherches qu'il a faites sur la composition de l'amidon, dans le but de démontrer qu'il y existe une partie soluble à froid, et que cette substance soluble n'est pas, comme l'ont avancé quelques chimistes, le résultat d'une transformation que l'amidon aurait subie sous l'action de l'eau bouillante.

MAUVAISE FABRICATION DU PAPIER.

M. Gannal adresse à l'Académie un volume imprimé en 1832, et dont le papier se rompt quand on cherche à le ployer. M. Gannal pense que cette mauvaise qualité résulte de l'action du chlore qu'on a employé avec peu de discernement pour blanchir la pâte. Il rappelle à cette occasion que, dans quelques magasins où sont entassés des papiers récemment fabriqués, on sent une odeur très-marquée de chlore, ce qui a lieu surtout quand ce sont des papiers fort blancs. M. Gannal avait déjà reconnu, lorsqu'il s'occupait de transformer l'étoupe en charpie, que l'emploi indiscret du chlore altérait cette substance au point de la rendre presque friable.

M. Arago fait remarquer à cette occasion qu'on trouve en effet aujourd'hui dans le commerce beaucoup de ces papiers cassans, et que tout récemment cela a mis dans la nécessité d'imprimer de nouveau deux feuilles des mémoires de l'Institut.

PLUIES DE CRAPAUDS ET DE GRENOUILLES.

M. Flourens annonce que l'Académie a reçu plusieurs nouvelles communications à ce sujet, et qu'il va en donner la substance.

La première lettre est de M. Huard. « J'étais, dit-il, à Jouy au mois de juin 1833, et je me rendais à l'église pour assister au baptême d'un enfant nouveau-né, accompagné du parrain, de la marraine et de la nourrice. Un orage nous surprit, et je vis alors tomber du ciel des crapauds ; je en reçus sur mon parapluie. Le sol était couvert d'une quantité prodigieuse de crapauds fort petits qui sautillaient, et je les vis ainsi sur un espace de plus de 200 toises qui me restait à parcourir, et pendant environ dix minutes. Les gouttes d'eau qui tombaient en même temps n'étaient guère plus nombreuses que les crapauds. »

La seconde lettre est de M. Zichel, qui rapporte qu'étant en 1808 sous-lieutenant au 10e régiment de chasseurs et commandant un piquet de 35 chevaux sur les murs de Burgos, il vit tomber à travers les branches dont il s'était formé une sorte de petit toit, une quantité innombrable de petits crapauds.

Une troisième lettre rapporte le fait suivant :

« Dans l'été de 1794, M. L. Gayet, actuellement employé au ministère du commerce (cabinet du ministère), faisait partie d'une grand'garde de 150 hommes fournie par le 5e bataillon du Nord, cantonné à cette époque dans le village de Lalain, département du Nord, près de l'abbaye de Flines, aux environs du territoire que les Autrichiens avaient inondé pour défendre l'approche de la ville de Valenciennes que les Français assiégeaient. Il faisait très-chaud, et, durant la matinée, les rayons du soleil avaient fait élever sur les lieux inondés des vapeurs épaisses qui montaient en forme de colonnes. Tout à coup, vers les 3 heures de l'après-midi, il tomba une pluie si abondante, que les 150 hommes de la grand'garde furent obligés, afin de n'être pas submergés, de sortir d'un grand creux où ils s'étaient abrités. Mais quelle fut leur surprise, lorsqu'ils virent tomber sur le terrain d'alentour un nombre considérable de crapauds de la grosseur d'une noisette. M. Gayet, ne pouvant croire qu'ils tombassent avec la pluie, étendit, à hauteur d'homme, son mouchoir, dont il fit maintenir les bouts opposés par un de ses camarades. Il y reçut en peu de temps un nombre assez

considérable de crapauds dont plusieurs étaient encore à l'état de têtards.

« Durant cette pluie qui dura une demi-heure, les 150 hommes de la grand'garde sentirent distinctement les chocs multipliés de ces petits crapauds, et plusieurs soldats, après l'orage, en trouvèrent qui étaient restés dans les replis de leurs chapeaux à cornes. »

La quatrième communication est due à M. Duparcque.

« L'un des derniers dimanches d'août 1804, après plusieurs semaines de sécheresse et de chaleur, à la suite d'une matinée étouffante, un orage éclata vers trois heures de l'après-midi sur le village de Fremar, à quatre lieues d'Amiens. Je me trouvais alors, dit l'auteur de la lettre, avec le curé de la paroisse. En traversant le clos peu étendu qui sépare l'église du presbytère, nous fûmes inondés : mais ce qui me surprit, ce fut de recevoir sur ma figure et sur mes vêtemens de petites grenouilles. « Il pleut des crapauds, me dit » le vénérable curé qui remarqua mon étonnement, mais » ce n'est pas la première fois que je vois cela. » Un grand nombre de ces petits animaux sautaient sur le sol. En arrivant au presbytère, nous trouvâmes le plancher d'une des chambres qui était tout couvert d'eau ; la fenêtre du côté d'où venait l'orage était restée ouverte. Le plancher était formé de briques étroitement scellées entre elles ; ainsi les animaux n'avaient pu sortir de dessous terre. L'appui de la croisée était élevé de deux pieds et demi environ au-dessus du sol, ainsi ils n'avaient pu pénétrer du dehors en sautant; d'ailleurs la chambre était séparée de la pièce d'entrée par une grande salle à manger ayant deux croisées ouvertes, mais dans une direction telle que la pluie n'avait pu y pénétrer ; aussi ne trouvait-on ni eau ni grenouilles. Je dis grenouilles ; car, à la couleur verte du dos, à la blancheur du ventre et à l'allongement du train de derrière, il était aisé de les reconnaître pour telles. »

M. Duparcque expose ensuite ses idées sur les causes de ce phénomène : il partage l'opinion déjà émise plus d'une fois avant lui, que ces animaux ont été enlevés par un tourbillon de vent à la surface du sol, peut-être avec une portion de l'eau des marais.

M. Arago fait remarquer à cette occasion qu'en effet l'eau peut être transportée à l'état liquide par le vent, à de très-grandes distances. Ainsi, dans un entretien qu'il a eu récemment avec Mr Dalton, non sur les pluies de crapauds, mais sur divers phénomènes météorologiques, il a appris de ce savant qu'on avait recueilli en Angleterre, dans un pluviomètre situé à sept lieues de la côte, de véritable eau de mer qui y avait été transportée par le vent.

MÉCANIQUE.

M. Duhamel adresse la suite de son mémoire sur les effets mécaniques de la chaleur dans les corps solides. Dans les premières applications qu'il avait faites de sa théorie, il n'avait considéré que des cas d'équilibre ; ici il traite une question de mouvement. Il suppose une sphère solide, dont toutes les couches concentriques ont été primitivement échauffées écartées de leur première position, suivant une loi donnée quelconque, et dont les molécules sont animées de vitesses quelconques dirigées vers le centre ; et il détermine le mouvement vibratoire de ces molécules à un instant quelconque, en ayant égard au refroidissement progressif de la sphère, qui augmente la difficulté en rendant les actions moléculaires dépendantes du temps. Après un temps considérable, et qu'il faudrait rigoureusement supposer infini, la sphère est revenue à la température du milieu environnant, et son mouvement vibratoire est devenu du même genre que celui qui avait été précédemment déterminé par M. Poisson. Mais il est un état initial pour lequel cet état final est un repos absolu. M. Duhamel a déterminé toutes les circonstances de cet état initial remarquable.

MAGNÉTISME.

M. Morlet adresse un supplément à son mémoire sur le magnétisme terrestre. Dans une lettre jointe à cet envoi, il indique le but et les principaux résultats de l'ensemble de ce travail.

Le problème dont je me suis occupé, peut, dit-il, être énoncé de la manière suivante : la terre étant considérée comme une sphère aimantée, déterminer la loi de la distribution du magnétisme dans son intérieur, de manière à pouvoir représenter numériquement les phénomènes magnétiques observés à la surface du globe.

L'observation a appris que l'équateur magnétique est une courbe à double courbure, et que la tangente d'une inclinaison peu considérable est toujours double de la tangente de la latitude magnétique correspondante. En cherchant suivant quelle loi le magnétisme doit être distribué dans l'intérieur de la sphère terrestre pour que ces conditions puissent être remplies, on obtient les résultats suivans :

Si les molécules magnétiques sont distribuées dans l'intérieur de la sphère aimantée, par couches sphériques d'égale intensité ; et si en même temps toutes les molécules qui se trouvent sur une même couche concentrique à la sphère, ont leurs axes magnétiques parallèles, la surface sans inclinaison est un plan, l'équateur magnétique un grand cercle, et la tangente de l'inclinaison est partout double de la tangente de la latitude magnétique. Si l'équateur magnétique n'est pas un grand cercle, il est impossible que cette loi puisse s'étendre à des distances quelconques sur la surface de la terre.

En restreignant cette loi aux points situés près de la surface, on trouve qu'une inclinaison infiniment petite y sera toujours double de la latitude magnétique, si le magnétisme est distribué dans l'intérieur par couches sphériques d'égale intensité ; et si en même temps les axes magnétiques de toutes les molécules situées sur un même rayon sont parallèles, la loi tang. $I = 2$ tang. lat. magn. pourra alors être sensiblement exacte entre les limites plus ou moins étendues.

Dans cette hypothèse, l'équateur magnétique peut être une courbe à double courbure quelconque ; elle se trouve seulement astreinte à être l'intersection d'une surface dont l'équation ne contient point de terme constant, lorsque l'origine des coordonnées est au centre de la sphère. Ce point peut donc être considéré comme le *centre magnétique moyen ;* et l'équateur magnétique moyen sera un grand cercle, sans que l'équateur magnétique vrai puisse être as-

treint à former de part et d'autre de l'équateur terrestre des fuseaux égaux en surface.

L'équateur magnétique sera partout perpendiculaire aux méridiens magnétiques ; mais les courbes isodynamiques ne peuvent être perpendiculaires à ces méridiens, à moins que la ligne sans inclinaison ne soit un cercle.

La fonction de trois variables, dont les différences partielles sont les composantes de l'action magnétique exercée sur un point quelconque de la surface, se déduit immédiatement de l'équateur magnétique. La théorie du magnétisme dépend donc uniquement de la détermination de cette équation.

Sur la surface du globe, les méridiens magnétiques ne sont pas toujours rigoureusement perpendiculaires à la courbe sans inclinaison ; mais ils s'écartent tantôt à l'est et tantôt à l'ouest de la perpendiculaire, d'une quantité qui s'élève à 6 ou 7° tout au plus. Cette circonstance nécessite l'introduction de nouvelles forces, dont l'action s'exerce suivant une loi différente de celle de la sphère aimantée. Il suffit que les intensités de ces forces soient peu considérables, pour que la loi des inclinaisons très-petites ne soit pas sensiblement altérée.

Par l'introduction de ces forces, la déduction des lois du magnétisme terrestre de l'équation de l'équateur magnétique devient plus compliquée ; elle dépend alors de la détermination numérique d'un certain nombre de constantes, dont on peut obtenir les valeurs en cherchant à représenter un nombre égal d'observations. L'équateur magnétique est l'intersection d'une surface du troisième degré, dont M. Morlet a donné l'équation dans son mémoire.

Ces recherches, poursuit l'auteur, seront facilitées par la discussion des nombreuses observations qui ont été faites aux environs du point de l'hémisphère boréal, où l'aiguille d'inclinaison devient verticale. La détermination récente de la position précise de ce point, que l'on doit à l'admirable dévouement du capitaine Ross, est de la plus grande importance pour la théorie des phénomènes magnétiques ; elle donnera des moyens simples d'obtenir les valeurs des inconnues, et de vérifier les résultats obtenus près de l'équateur magnétique.

CÉPHALOPODES.

M. de Férussac adresse un mémoire sur deux genres de céphalopodes encore peu connus, les genres calmar et cranchie, et sur une nouvelle espèce fort remarquable de chacun de ces deux genres.

La première de ces espèces, dit l'auteur dans une lettre qui accompagne son envoi, nous fait enfin connaître ce genre curieux, qui n'avait été vu que mutilé par la perte accidentelle de ces deux bras tentaculaires, minces comme une petite ficelle et longs de deux pieds et demi, quoique l'animal ait à peine quatre pouces de longueur. Il est difficile de comprendre la transmission du mouvement jusqu'à l'extrémité de ces organes singuliers.

La seconde espèce appartient au genre cranchie, et c'est le seul décapode qui offre de larges membranes réunissant les six bras supérieurs. Ses couleurs magnifiques, sa forme singulière, la rendent aussi extrêmement remarquable.

Deux belles planches en couleur représentant les deux espèces décrites accompagnent le mémoire de M. de Férussac.

M. Duméril fait en son nom et celui de MM. Isidore Geoffroy et de Blainville un rapport sur un ouvrage manuscrit de M. Percheron, ayant pour titre :

MONOGRAPHIE DES PASSALES, GENRE D'INSECTES DE LA FAMILLE DES LAMELLICORNES.

Les passales sont des insectes qui, par leur organisation, leur genre de vie et leurs mœurs, appartiennent à la même famille que nos cerfs-volans ou lucanes. Comme ceux-ci, ils ont cinq articles aux tarses et les antennes en masse feuilletée d'un seul côté. Leur corps est aussi déprimé ; enfin leurs larves se nourrissent uniquement de substances végétales, et la plupart se développent sous les écorces ou dans l'intérieur des végétaux ligneux, dont ils rongent les tissus.

Les passales sont tous étrangers à l'Europe, mais on en a trouvé des espèces dans toutes les contrées chaudes des autres parties du monde. Leurs antennes ne sont pas brisées ou coudées sur leur longueur, mais simplement arquées en dedans, et les parois solides de leur bouche sont tout autrement conformées que dans les lucanes et les genres voisins. M. Percheron fait même remarquer que leurs mandibules présentent une particularité qui consiste dans la présence d'une pièce cornée ou d'une dent mobile qui n'a été jusqu'ici observée chez aucun autre coléoptère.

Cinquante-deux espèces sont décrites avec beaucoup de soin ; les caractères naturels de chacune sont exposés avec beaucoup de clarté, et de plus les parties de la tête et du corselet qui ont servi à la distinction sont tracées avec une grande exactitude dans une série de planches faites par l'auteur.

M. Percheron a suivi dans sa monographie la marche généralement adoptée dans ces sortes d'ouvrages, avec cette particularité toutefois qu'il a supprimé la phrase caractéristique latine qu'à l'exemple de Linnée les zoologistes ont coutume de placer à la suite de la synonymie. Il pense que cette partie fait double emploi, puisque tous les caractères que contient la phrase latine sont ensuite énoncés plus amplement dans la description. Les commissaires n'approuvent pas cette innovation ; ils regardent comme très-utile cette coutume de réunir ainsi en une courte note les caractères qui distinguent les espèces, et ils engagent l'auteur à s'y conformer ; ils louent d'ailleurs son travail et l'engagent à le publier prochainement.

M. Dumas commence, mais ne peut achever la lecture d'un mémoire sur un nouvel alcool. Ce travail lui est commun avec M. Péligot.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1834. — PLUIES DE POISSON.

L'observation suivante est communiquée par M. Vital Masson, curé de Belligné, canton de Varade, département de la Loire-Inférieure.

Dans l'été de 1820, dit M. Masson, j'étais maître d'études au petit séminaire de Nantes, et je passais avec les élèves les jours de congé dans une maison de campagne, située à

un quart de lieue de la ville. Un jour, pendant que j'étais à cette campagne, il survint un orage; lorsque la pluie eut cessé, je fis une promenade accompagné de cinq ou six écoliers de quinze à seize ans. Quelle fut notre surprise d'apercevoir tout à coup une quantité prodigieuse de petits poissons de 9 à 12 lignes de longueur qui sautillaient sur l'herbe mouillée, et cela dans un chemin long de 100 pas. Je ne saurais expliquer leur apparition dans ce lieu qu'en admettant qu'ils sont tombés avec la pluie; car il n'y a pas moyen de supposer dans ce cas, comme on l'a fait pour les crapauds, que ces animaux sortaient de dessous terre.

ORNITHORHINQUES.

On lit la traduction d'une lettre de M. Owen, lettre dont l'original avait été présenté à la séance du 13 octobre.

« Les résultats de mes recherches de 1830 et 1832 sur les glandes mammaires de l'hornithorhinque, dit M. Owen, m'ont conduit irrésistiblement à des conclusions sur leurs fonctions, opposées à celles que M. Geoffroy Saint-Hilaire a adoptées. En combattant mes opinions, ce savant a, par oubli sans doute, supprimé mon principal argument, celui qui se tire des phases observées dans le développement des glandes mammaires; il m'attribue aussi des omissions qui n'existent point dans mon mémoire imprimé dans les Transactions philosophiques, par rapport à l'appareil urinaire par exemple, tandis qu'il est dit dans ce mémoire que la disposition des uretères est semblable à celle des tortues, ce que la planche correspondante montre également.

Ce fut en 1828, dit M. Owen, que j'eus la première occasion de disséquer une femelle d'ornithorhinque, afin d'examiner et de préparer les glandes auxquelles la description de Meckel et les observations de M. Geoffroy avaient donné un si grand intérêt. Cette dissection et d'autres que mes amis de la Nouvelle-Hollande m'ont mis à portée de faire, m'ont conduit à découvrir la correspondance qui existe dans les phases de développement des glandes mammaires et des ovaires, correspondance qui ne pouvait s'expliquer que par la théorie mammaire (*which could only be explained on the mammary theory*). L'injection des glandes, l'observation de la manière dont les conduits lactifères convergent vers une aréole qui, comme je l'ai pensé alors, correspondrait en grandeur à la bouche du jeune animal, et la découverte des glandes mammaires dans l'échidné furent le résultat de mes recherches.

Les objections soulevées contre la théorie qui considère les glandes abdominales des monotrèmes comme des glandes mammaires, se rattachent plus ou moins directement à l'une des deux idées suivantes : la première, que les monotrèmes forment parmi les vertébrés une classe distincte; la seconde, que l'oviparité est incompatible avec la lactation. La première opinion a été mise en avant par Lamarck avant qu'on eût découvert chez ces animaux des glandes mammaires; et les conclusions déduites de ce caractère supposé furent, jusqu'à un certain point, confirmées par l'analogie de certaines parties du squelette avec celui des reptiles, et par la structure de leurs appareils génitaux. Mais, dit M. Owen, ces deux systèmes sont du nombre de ceux qui offrent le plus de variations dans les mammifères, et qui, par conséquent, sont le moins propres à fournir des caractères de classes.

Portons notre attention sur des systèmes d'organes plus constans et plus essentiels, et voyons à quoi nous conduira leur considération relativement aux monotrèmes. Pour les organes respiratoires, le type des diverses classes de vertébrés peut être représenté ainsi :

Mammifères . .	poumons thoraciques libres.
Oiseaux.	poumons thoracico-abdominaux.
Reptiles.	poumons thoracico-abdominaux libres.
Poissons	branchies.

Dans les monotrèmes, quel type y trouvons-nous? Rien de particulier ni d'anormal dans le système respiratoire; la structure de leurs poumons est celle des mammifères; leur diaphragme est entier.

Si nous considérons le cœur, nous voyons que cet organe est composé dans les mammifères de deux oreillettes et de deux ventricules avec une aorte gauche permanente; dans les reptiles, de deux oreillettes, d'un ventricule et de deux aortes persistantes; et dans les poissons, d'une seule oreillette et d'un seul ventricule. Dans les monotrèmes, nous avons les deux ventricules et les deux oreillettes, et l'aorte qui se courbe au-dessus de la bronche gauche; il est vrai qu'ils se rapprochent du type ovipare en ce qu'ils ont deux veines caves supérieures distinctes et point d'ouverture pour la veine coronaire dans l'oreillette droite; mais cette anomalie ne se voit pas seulement dans les monotrèmes, on la trouve aussi dans les marsupiaux et dans plusieurs rongeurs.

Si, poursuivant cette comparaison, on passe à l'examen de la trachée-artère et du larynx, et que partant de la supposition que l'ornithorhinque est ovipare on cherche à savoir si la règle d'Aristote se confirme à son égard, si la déviation du type des mammifères est démontrée par l'absence de l'épiglotte, que trouve-on? que chez les monotrèmes il existe une épiglotte proportionnellement assez grande qui protége le larynx supérieur. Les reins de l'ornithorhinque nous offrent-ils les caractères d'homogénéité dans leur substance, de division arborescente dans leurs conduits, d'une double circulation veineuse? Non, ces organes sont construits sur le même type que ceux des mammifères; ils sont situés, comme chez ces mammifères, très-haut dans l'abdomen, position qui, comparée avec celles des reins des ovipares, semble être en rapport avec le développement uterin du fœtus. Il serait inutile, dit M. Owen, de pousser plus loin la concordance entre les monotrèmes et les mammifères; de la poursuivre, par exemple, dans le système nerveux ou dans le système tégumentaire, après la comparaison savante qu'en a faite M. de Blainville.

D'après toutes les analogies philosophiques d'organisation, on est donc, poursuit l'auteur, pleinement autorisé à ranger les glandes qui remplissent les fonctions mammaires chez les ornithorhinques, dans la même catégorie que les glandes lactifères des mammifères les plus élevés. On peut d'ailleurs prévoir que la série de ces glandes présentera différens degrés de complication dans le groupe d'animaux qu'elle ca-

ractérise, et que l'état le moins compliqué se rencontrera dans les monotrèmes.

L'opinion de la plupart des hommes qui font autorité dans la science a été que la lactation est essentiellement coexistante de la génération vivipare. Ainsi Cuvier remarque que la question relative au mode de génération des monotrèmes sera résolue lorsqu'on aura bien déterminé la nature de leurs glandes abdominales ; et Latreille, après avoir parlé des mammifères, dit : Tous les animaux dont nous traiterons désormais sont ovipares ou ovo-vivipares, et par conséquent dépourvus de mamelle. La même idée se trouve exprimée dans de nombreux écrits dirigés contre la théorie qui considère les glandes abdominales des monotrèmes comme des glandes mammaires. Les argumens en faveur de la génération ovipare de l'ornithorhinque sont sans cesse présentés à l'appui de l'opinion que ces glandes ne sont point des mamelles, qu'elles ne sécrètent point du lait, mais un liquide odorant, du mucus ou toute autre substance.

Si la génération ovipare rigoureusement définie consiste dans ce fait, que le fœtus n'est pas attaché par un placenta aux parois de l'utérus, mais reste séparé de ce dernier par sa membrane la plus extérieure ; alors, dit M. Owen, non seulement les monotrèmes, mais tous les autres marsupiaux diffèrent du reste des mammifères par le caractère d'une *génération ovipare* manifestée dans la modification *ovo-vivipare*. Mais tous ces animaux ont des glandes mammaires et forment donc ainsi la sous-classe des *mammifères ovo-vivipares*.

La nature de la nourriture d'un animal nouveau-né est en rapport nécessaire avec l'organisation et avec les facultés dont il jouit alors. Ainsi, que le jeune ornithorhinque soit aveugle au moment de sa naissance, il ne pourra suivre ses parens à l'eau, revenir au nid, etc. ; ainsi il sera impossible qu'il se nourrisse, comme on l'a supposé, de mucus exsudé et répandu dans l'eau. Du reste, l'existence des mêmes glandes dans une espèce terrestre et fouisseuse, l'échidné, dispense d'insister sur cette considération.

Dans le jeune ornithorhinque, l'appareil mandibulaire se trouve modifié dans sa structure et ses proportions, de manière à être propre à exercer la succion. La langue, au lieu d'être logée très en arrière dans la bouche, atteint à l'extrémité des mâchoires. Ces mâchoires sont elles-mêmes molles et flexibles, et l'ouverture de la bouche est précisément de la même étendue que l'espace vers lequel convergent tous les conduits lactifères chez la mère. Y a-t-il lieu après cela d'être surpris si l'on trouve du lait coagulé dans l'estomac des jeunes ? Ce lait, dit M. Owen, je l'ai examiné au microscope comme le demandait M. Geoffroy, et j'en ai reconnu très-bien les globules.

Les jeunes ornithorhinques ont donc de commun avec les mammifères : la nature de leur premier aliment, des poumons thoraciques non adhérens, un diaphragme complet, une épiglotte, des reins haut-placés et munis de vaisseaux artériels destinés à la sécrétion, un pénis perforé et un système tégumentaire pileux.

Cependant le jeune ornithorhinque offre à la mâchoire supérieure le vestige d'un corps analogue à celui qui sert aux oiseaux pour rompre la coquille à la fin de la période d'incubation. Je sais, dit M. Owen, qu'on pourra tirer de ce fait des conclusions relativement au mode de génération, et je suis tout disposé à admettre celles qui seront déduites logiquement. Les deux questions de l'oviparité et du mode d'alimentation m'ont toujours paru indépendantes l'une de l'autre ; cependant je ferai remarquer que le fait de l'incubation suppose dans l'œuf deux conditions : l'existence d'un grand vitellus qui est le produit exclusif de l'ovaire, et la présence de deux chalases qui puissent maintenir le germe à proximité des surfaces échauffées. Nous ne savons pas encore si ces deux conditions existent dans l'ornithorhinque.

NOUVEL ALCOOL ET PRODUITS ÉTHÉRÉS QUI EN PROVIENNENT.

M. Dumas achève de faire connaître les résultats d'un travail sur ce sujet, travail qui lui est commun avec M. Peligot.

Les produits nombreux qui se forment dans la distillation du bois, ont été depuis quelques années pour les chimistes l'objet d'un examen attentif. Les auteurs du mémoire se sont plus particulièrement occupés de celui qu'on a désigné successivement sous le nom *d'éther pyroligneux*, *d'esprit de bois* et *d'esprit pyroxalique* ; c'est à ce corps qu'ils ont reconnu les caractères d'un véritable alcool isomorphe avec l'alcool ordinaire.

L'esprit de bois se trouve en dissolution dans la partie aqueuse des produits de la distillation du bois ; celle-ci étant décantée pour la séparer du goudron non dissous, on la soumet à la distillation dans les fabriques, afin d'en extraire au moins en parties le goudron qu'elle tient en dissolution. C'est dans les premiers produits de cette distillation qu'il faut chercher l'esprit de bois. On recueille donc les dix premiers litres provenant de chaque hectolitre de liqueur mise en distillation, et on soumet ce produit brut à des rectifications répétées, comme s'il s'agissait de concentrer de l'eau-de-vie.

Comme le point d'ébullition de l'esprit de bois est très-bas, toutes ces rectifications peuvent se faire au bain-marie ; et par cette raison on conçoit facilement qu'on peut arriver à le débarrasser de la presque totalité des substances qui l'accompagnent.

L'esprit de bois pur est un liquide très-fluide, incolore, d'une odeur particulière, à la fois alcoolique, aromatique et mêlée de l'odeur de l'éther acétique. Il brûle avec une flamme tout-à-fait semblable à celle de l'alcool. Il bout à 66°,5 sous la pression de 0,761. Sa densité est de 0,798 à la température de 20° cent.

La densité de sa vapeur est de 1,120.

Sa composition est représentée par C4 H4, H4 O2. Ainsi chaque volume d'esprit de bois renferme un volume de carbone, deux volumes d'hydrogène et un demi-volume d'oxigène.

Les auteurs donnent le nom de *méthylène* à l'hydrogène carboné C4 H4, qui forme le radical de toutes les combinaisons que nous allons décrire. D'après cela, l'esprit de bois est considéré par eux comme un *bi-hydrate de méthylène* renfermant un volume de vapeur d'eau et un volume de méthylène condensés en un seul.

L'esprit de bois, au contact de l'air et du noir de platine, se transforme en acide formique. On sait que l'alcool soumis à la même action fournit de l'acide acétique.

Les acides exercent sur l'esprit de bois une action spéciale. Toutefois il est à remarquer que l'action des acides oxigénés, tel que l'acide nitrique, est beaucoup plus faible que celle que ces acides exercent sur l'alcool.

Quand on met en contact une dissolution de potasse dans l'esprit de bois avec du sulfure de carbone, il se forme un produit analogue à celui que M. Zeise a décrit sous le nom d'hydroxanthate de potasse.

L'esprit de bois dissout parfaitement les résines, et comme il est plus volatif que l'alcool, il convient très-bien pour la fabrication des vernis.

HYDRATE DE MÉTHYLÈNE.

Les auteurs désignent par ce nom le gaz qu'on obtient en distillant un mélange d'une partie de bois et de quatre parties d'acide sulfurique concentré. Ce gaz est à l'esprit de bois ce que l'éther sulfurique ordinaire est à l'alcool. c'est-à-dire que le bi-hydrate de méthylène (esprit de bois) a perdu la moitié de son eau pour former l'éther ordinaire. Ce gaz présente en effet à l'analyse eudiométrique la composition suivante :

C4 H4, H2 O1.

L'hydrate de méthylène est un gaz incolore d'une odeur éthérée, brûlant avec une flamme pâle ; l'eau à 18 degrés en dissout 37 fois son volume.

En faisant agir le bi hydrate de méthylène sur les hydracides, on obtient des composés nouveaux parfaitement analogues aux éthers hydrochlorique, hydriodique, etc., de l'alcool. Dans ces composés il entre toujours un volume d'acide pour un volume de méthylène.

HYDROCHLORATE DE MÉTHYLÈNE.

On l'obtient très-facilement en chauffant un mélange de deux parties de sel marin, une partie d'esprit de bois et trois parties d'acide sulfurique concentré. A l'aide d'une chaleur douce on obtient un gaz qui peut se recueillir sous l'eau et qui est l'hydrochlorate de méthylène pur.

Ce gaz a une odeur éthérée, il brûle avec une flamme d'un beau vert ; l'eau en dissout 2, 8 son volume à la température de 16°. Sa formule est représentée par C4 H4, H2 Ch2.

Il est décomposé en passant à travers un tube de porcelaine rougi. Il se produit de l'acide hydrochlorique et un gaz carburé qui est le méthylène, lequel cependant n'a pu être encore obtenu bien pur par ce procédé.

Hydriodate de méthylène.—On l'obtient facilement en distillant ensemble une partie d'iode, 8 de phosphore et 12 d'esprit de bois. Il se présente sous forme d'un liquide incolore dont la densité à 22° est de 2, 237 ; il entre en ébullition vers 50°. D'après l'analyse qui en a été faite, il est représenté par la formule C4 H4, 12 H2.

Action des acides sur l'esprit de bois.— En distillant ensemble une partie d'esprit de bois et huit à dix parties d'acide sulfurique du commerce, on obtient une liqueur huileuse plus dense que l'eau. Rectifié convenablement, cet éther est incolore, d'une odeur alliacée, d'une densité de 1, 324 à 22 degrés. Il bout à 188 degrés. Son analyse conduit à la formule H2 O, C4 H4 I O3 ; c'est-à-dire un véritable *sulfate neutre de méthylène* avec un atome d'eau.

Le sulfate de méthylène offre des propriétés fort importantes en ce qu'on peut, avec l'aide de ce composé, produire toutes les combinaisons du méthylène. Ainsi, chauffé avec du cyanure de potasse, il donne du sulfate de soude et de l'hydrochlorate de méthylène ; avec du cyanure de potasse, il donne du sulfate de potasse et de l'hydrocyanate de méthylène ou éther hydrocyanique.

Le *nitrate de méthylène*, corps très-remarquable, s'obtient en distillant ensemble une partie de nitre en poudre, une d'esprit de bois et deux d'acide sulfurique.

On distille le produit obtenu au bain-marie ; c'est un liquide incolore d'une densité de 1,182. Il brûle brusquement et avec un flamme jaune.

Chauffé dans un tube même ouvert, il détonne avec violence. Les auteurs du mémoire ont été tous les deux successivement blessés par la détonation de ce corps, qu'il ne faut manier qu'avec de grandes précautions.

Sa composition se représente par H2 O, C4 H4, Az2 O5.

Chauffé avec de la potasse, ce corps fournit de l'esprit de bois et du nitrate de potasse.

L'*oxalate de méthylène* s'obtient en distillant un mélange de parties égales d'acide sulfurique, d'acide oxalique et d'esprit de bois. Il passe un liquide qui, exposé quelque temps à l'air, laisse déposer de volumineux cristaux, qui sont de l'oxalate de méthylène.

Cet éther est, comme on le voit, solide à la température ordinaire ; il fond vers 51° et distille à 161°. Il cristallise parfaitement et en lames rhomboïdales d'un grand éclat. Sa formule est H2O, C4 H4 C4 O3, c'est-à-dire un atome d'acide oxalique, un atome de méthylène et un atome d'eau.

L'*acétate de méthylène* s'obtient en distillant 2 parties d'esprit de bois et 1 d'acide acétique cristallisable. C'est un liquide incolore, d'une odeur agréable, bouillant à 58° cent. Sa densité est de 0,919, sa composition est représentée par H2 O, C4 H4, C8 H6 O3.

Le *benzoate de méthylène* se prépare en distillant 2 parties d'acide benzoïque, 1 d'acide sulfurique et 1 d'esprit de bois. c'est un liquide incolore d'une odeur balsamique agréable, qui boût à 198°, 5. Il est représenté par la formule C28 H10 O3, C4 H4, H2 O.

Le *sulfo-méthylate* de baryte s'obtient par le même procédé que le sulfo-vinate de baryte, sel avec lequel il correspond ; il s'obtient de l'alcool. C'est un corps qui cristallise en belles lames carrées, incolores, inaltérables à l'air. Il offre la composition suivante :

C4 H4, H2 O ; S O2, Ba O, S O3 + H4 O2.

En traitant la dissolution aqueuse de ce sel par une quantité suffisante d'acide sulfurique pour enlever la baryte, filtrant et évaporant dans le vide, on obtient le bisulfate de méthylène, qui correspond à l'acide sulfo-vinique de l'alcool : c'est un corps qui cristallise très-bien.

En résumé, on peut en quelques mots caractériser les résultats de ce long travail.

1° L'esprit de bois correspond à l'alcool ;

2° En perdant la moitié de son eau, il forme un éther gazeux ;

3° Son radical s'unit, volume à volume, aux hydracides, pour faire des éthers neutres anhydres ;

4° Il s'unit, atome à atome, aux oxacides, pour faire des sels neutres toujours hydratés.

5° Il forme avec l'acide phosphorique et l'acide sulfurique des bi-sels qui dissolvent les bases minérales pour former des sels doubles ;

6° Et enfin la chimie s'enrichit de trois nouveaux gaz par ce travail ; le méthylène, l'hydrate de méthylène, et l'hydrochlorate de méthylène.

L'histoire du méthylène présente en outre des cas d'isomérie les plus remarquables, et qui font qu'on doit la regarder comme une des plus intéressantes de la chimie organique ; en effet :

L'hydrate de méthylène est isomérique avec l'alcool ;

Le carbonate de méthylène avec l'acide citrique ;

L'oxalate avec l'acide succinique ;

Le formiate avec l'acide acétique ;

L'acétate avec l'acide formique ;

Le citrate avec le sucre.

Un examen approfondi des caractères physiques de tous ces corps serait du plus haut intérêt.

Séance du 10 novembre.

M. Capitaine, étudiant en médecine, dépose un paquet cacheté contenant des observations physiologiques pour lesquelles il désire prendre date.

Ce dépôt est accepté.

Par suite de la correspondance, M. Arago fait une communication relative à des observations magnétiques simultanées, faites en différens points de l'Allemagne. Une lettre de M. Gauss lui annonce que les observations que ce savant a faites à Gœttingue, comparées avec celles qui se faisaient à Leipzig, conformément à la méthode proposée par M. de Humboldt, mais un peu modifiées, ont montré un accord parfait pour les petites comme pour les grandes oscillations de l'aiguille. M. Arago insiste sur l'utilité qu'il y aurait à étendre la ligne de ces observations simultanées ; il montre combien il serait à désirer qu'on en instituât de semblables dans plusieurs de nos colonies, notamment à l'île Bourbon ; enfin il propose qu'une commission soit nommée pour aviser aux moyens de mettre ce projet à exécution.

L'académie adopte cette proposition, et nomme comme membres de la commission MM. Arago, Ampère, Savart, Savary et Becquerel.

ELECTRICITÉ.

M. Peclet adresse un mémoire dans lequel il se propose de déterminer l'influence des circonstances qui accompagnent la production de l'électricité dans l'air, par le frottement de deux corps dont l'un au moins est mauvais conducteur ; c'est-à-dire l'influence de la vitesse, de la pression, de l'étendue des surfaces en contact, de l'espèce de frottement, de l'état de la surface des corps et de leur épaisseur.

Pour mes expériences, dit l'auteur dans la lettre qui accompagne cet envoi, je me suis servi d'un cylindre de verre arrondi et poli sur le tour, et d'un cylindre de résine nu ou enveloppé de soie ou de taffetas ciré ; les frottoirs étaient en papier nu ou couvert de cuivre, d'étain, d'argent ; en cuir et en différentes étoffes de lin, de coton et de soie. L'appareil était disposé de manière que l'on pût facilement changer les frottoirs et la pression qu'ils supportaient, et transformer le frottement de friction en frottement de roulement. La tension électrique était mesurée par un électromètre à pendule ; et j'avais pris toutes les précautions nécessaires pour que la permanence de déviation, quand elle se manifestait, malgré différentes variations des élémens du frottement, ne pût pas être attribuée à une espèce de maximum, résultant, ou de la grande déviation, ou de la perte d'électricité du cylindre ou du conducteur, par l'air et les supports.

Je me suis d'abord assuré que l'instrument donnait toujours les mêmes indications, et que l'influence du temps était nulle.

J'ai reconnu ensuite que pour tous les corps, à partir d'une certaine limite dépendant de l'état hygrométrique de l'air, un accroissement de vitesse de 1 à 8 était sans influence sur la tension, excepté pour les corps bon conducteurs recouverts d'aspérités, pour lesquels la tension croît avec la vitesse ; j'ai démontré dans mon mémoire que ces anomalies provenaient de l'action du cylindre et des points au-delà du contact.

Quant à la pression, poursuit M. Péclet, j'ai démontré par de nombreuses expériences, qu'à partir d'une certaine limite, un accroissement de pression de 1 à 80 ne produisait aucune variation dans la tension. J'ai aussi reconnu que par ces variations de pression l'accroissement des points de contact était peu considérable, et que chacun d'eux éprouvait réellement un grand accroissement de pression, même en ayant égard à la pression de l'air. Cependant tous les corps ont présenté, dans des circonstances qu'il m'a été impossible de caractériser, des anomalies en général très-faibles, mais toujours de même signe pour chaque corps et de signes contraires pour les corps bons et mauvais conducteurs. J'ai constaté que ces anomalies étaient dues à la chaleur dégagée par le frottement.

M. Péclet a également reconnu que les variations d'épaisseur des corps frottans et l'étendue de leur surface ne changent pas la tension ; mais que pour les corps bons conducteurs la courbure du frottoir au-delà du contact a une influence sensible sur la tension du cylindre ; elle diminue avec le rayon de courbure ; elle paraît provenir de l'action de l'électricité du cylindre sur l'extrémité du frottoir.

Pour ce qui est relatif au frottement de roulement, les expériences citées dans le mémoire établissent : 1° que pour ce mode de frottement comme pour le frottement ordinaire, la vitesse, la pression et l'étendue des surfaces en contact sont sans influence ; 2° que la tension développée dans les mêmes circonstances par le frottement de friction et de roulement est la même ; 3° que quand il y a adhérence entre les deux corps, le frottement de roulement produit une plus faible tension que le frottement ordinaire, et quand l'adhérence est très-forte il y a changement de signe.

« En résumé, dit M. Péclet en terminant, il résulte des expériences consignées dans mon mémoire que la tension de l'électricité développée par le frottement est indépendante de la vitesse, de la pression, de l'épaisseur des corps frottans, de l'étendue du contact et du mode de frottement; qu'elle dépend, pour les corps bons conducteurs, de la courbure des frottoirs, et que les anomalies que présentent certains corps proviennent des aspérités qui recouvrent leur surface, ou de la chaleur dégagée, ou de leur imparfaite conductibilité, ou enfin de l'adhérence. »

OSTÉOGÉNIE.

M. Bérard jeune lit un mémoire sur le rapport qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec l'os.

On sait que les os longs se développent par plusieurs points d'ossification distincts, un pour le corps et un ou plusieurs pour les extrémités; on sait également que l'ossification du corps est la plus précoce; que celle de chaque extrémité d'un même os, beaucoup plus tardive que celle du corps, n'apparaît pas à la même époque aux deux bouts de celui-ci; que l'extrémité ou épiphyse se soude entièrement avec le corps de l'os par l'ossification du cartilage qui l'en séparait, et que cette union ne se fait pas à la même époque de la vie dans les deux bouts d'un même os; on sait enfin que les épiphyses qui s'ossifient le plus tard sont en général celles qui se réunissent le plus tard au corps de l'os.

Si l'on fait attention aux époques où cette soudure a lieu pour les différens os, on y remarque quelques singularités dont il est d'abord difficile de se rendre raison; ainsi, aux membres supérieurs, ce sont les extrémités des os du bras et de l'avant-bras qui se touchent à l'articulation du coude, qui se réunissent les premières aux corps des trois os longs, tandis qu'aux membres inférieurs les extrémités voisines du genou sont celles qui restent le plus long-temps séparées. C'est la cause de ces bizarreries que M. Bérard s'est occupé de rechercher et qu'il a découverte.

Les faits exposés en détail dans son mémoire conduisent aux conséquences suivantes :

1° Dans un os long qui se développe par trois points principaux d'ossification, un pour le corps, un pour chaque extrémité, c'est l'extrémité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui se soude la première avec le corps.

2° Dans un os long qui se développe par deux points d'ossification, un pour le corps, conjointement avec une des extrémités, un pour l'autre extrémité, c'est l'extrémité vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui s'ossifie conjointement avec le corps.

3° La rapidité de la marche de l'ossification à partir du centre d'un os long vers les extrémités, plus prononcée dans un sens que dans l'autre, est le résultat de la vitesse plus considérable du cours du sang dans la branche directe de l'artère nourricière que dans sa branche réfléchie.

Les deux premières conclusions reposent sur une disposition anatomique facile à vérifier; la troisième est hypothétique; mais, dit M. Bérard, le point de physiologie sur lequel elle repose sera bientôt éclairci, si j'ai réussi à appeler sur elle l'attention des savans.

A quatre heures, l'académie se forme en comité secret.

Séance du 17 novembre. — Fer natif.

M. Pentland adresse une note de M. Woodbine Parist sur un fer natif scoriforme, renfermant dans ses cavités une substance qui a l'aspect du péridot granuliforme.

Ce fer est très-remarquable par la ressemblance avec celui que Pallas a découvert en Sibérie, et dont les échantillons sont si recherchés pour les collections de minéralogie. Il se trouve dans la province d'Atacama (république de Bolivia); mais on n'a pas des notions bien complètes sur son gisement. D'après les renseignemens obtenus d'un Indien que M. Woodbine avait envoyé exprès sur les lieux, il paraît qu'on trouve ce fer disséminé en gros fragmens sur un espace carré de quelques centaines de mètres. Ces fragmens sont recouverts d'un enduit vitreux, et, au dire de l'Indien, ont été évidemment dans un état de fusion. Les indigènes, qui savent travailler ce fer, croient qu'il a été rejeté hors de terre par quelque explosion souterraine. Le pays environnant est composé de grès bigarré et de porphyres anciens, sans aucune trace de produits volcaniques modernes.

Feu M. Allen a décrit ce fer pour la première fois dans les Transactions de la société royale d'Édimbourg. Il est très-ductile, et se trouvant en assez grande abondance, on en a fait usage dans les provinces septentrionales de la confédération argentine pour les fers des mulets.

INSECTES PARASITES D'AUTRES INSECTES.

M. Vallot expose, dans une lettre datée de Dijon, les observations suivantes :

Au mois de septembre M. Vallot remarqua, sur plusieurs pieds de chanvre femelle, des larves de la *noctua persicariæ*, dont quelques-unes étaient dévorées par des larves intestinales. Ces larves, qui percèrent bientôt la peau de la chenille, étaient apodes, blanches, luisantes, d'abord ellipsoïdes, puis ovoïdes. Lorsqu'elles prennent la forme ovoïde, les déjections qu'elles rendent restent adhérentes à leur partie postérieure, de manière à figurer comme une queue d'écrevisse, même dans une apparence de division de l'extrémité.

Huit jours après que l'animal est sorti de la chenille, aux dépens de laquelle il vivait, il change de peau, la forme de la chrysalide se dessine parfaitement, et malgré la décoloration des parties, on distingue toutes celles qui appartiendront à l'insecte parfait; mais en moins de vingt-quatre heures la couleur de la chrysalide passe au noir luisant.

Ces chrysalides adhèrent par le dos au plan de sustentation au moyen d'une liqueur visqueuse dont la larve était pourvue; elles présentent ainsi à l'observateur leur face abdominale. A leur partie antérieure qui est comme tronquée, on voit deux tubercules correspondant aux yeux; l'abdomen s'élargit et se termine carrément.

Au bout d'une quinzaine de jours il sortit de ces chrysalides des culophes à antennes branchues.

Geoffroy avait trouvé les chrysalides de l'culophe sur une feuille de tilleul, mais il ignorait que leurs larves avaient vécu dans une chenille de noctuelle. La figure de l'insecte parfait donnée par cet auteur est très-inexacte à raison du col qu'il lui attribue.

La larve de l'eulophe ne s'attaque pas à une seule espèce de chenille.

Outre ces larves d'eulophe ramicorne, *Fabr.*, M. Vallot a retrouvé sur le chanvre deux espèces de syrphes dont il décrit les larves, et il saisit cette occasion pour en rectifier la synonymie.

ÉLECTION D'UN ACADÉMICIEN LIBRE.

L'Académie procède au scrutin à l'élection d'un membre pour la place d'académicien libre, vacante par la mort de M. Gillet-Laumont.

Les candidats présentés étaient MM. de Bonnard, Bory de Saint-Vincent, Egriès, et le duc de Rivoli.

Le nombre des votans est de 58; majorité absolue 30.

Au premier tour de scrutin M. Bory de Saint-Vincent obtient 31 suffrages, M. de Bonnard 26; le duc de Rivoli 1.

M. Bory de Saint-Vincent est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

M. Magendie lit en son nom et celui de MM. Serres, Mirbel et Blainville, les conclusions du rapport sur ce sujet. La commission est d'avis 1° qu'une médaille d'or de la valeur de 500 fr. soit décernée à M. Mohl pour ses travaux d'anatomie et de physiologie végétales, et en particulier pour ses recherches sur la structure des palmiers; 2° qu'une somme égale soit donnée à titre d'encouragement à M. Donné, pour ses recherches sur l'électricité animale.

PRIX DE MÉDECINE.

Commissaires : MM. Dumas, Thénard, Dulong et Magendie. La question à traiter était l'analyse chimique des solides et des liquides dans les cas de fièvres continues. Les conclusions du rapport sont qu'aucun des concurrens n'a traité la question d'une manière satisfaisante. La commission, en conséquence, pense que la question doit être retirée ou du moins modifiée.

M. Arago pense que la commission ne doit pas laisser cette alternative dans ses conclusions, et que dans le cas où elle serait d'avis que la question doit être modifiée, elle doit indiquer en quoi consiste cette modification.

Quelques membres croient que c'est à la future commission qu'il appartient dans ce cas, de fixer le programme.

M. Arago soutient que ce serait s'écarter des précédens de l'Académie, et que jamais en pareil cas on n'a chargé une nouvelle commission de modifier le programme d'une question remise au concours.

PRIX DE PHYSIQUE.

Les concurrens pour ce prix avaient à traiter la théorie de la grêle, question remise au concours une seconde fois. La commission, composée de MM. Gay-Lussac, Savart, Arago et Dulong, rapporteur, est d'avis qu'aucun des mémoires ne résout la question, et qu'en considérant les travaux qui ont eu pour objet cette théorie, il paraît que dans l'état actuel de la science il n'est pas possible d'arriver à une solution. Elle pense, en conséquence, que cette question doit être retirée du concours.

M. Arago, rapporteur de la commission chargée de proposer le sujet de prix déclare que l'avis de cette commission est qu'on remette au concours la question autrefois retirée sur la résistance de l'eau.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Larrey.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE.

M. Geoffroy présente un mémoire imprimé dont le titre est le suivant : *Sur les monotrèmes*, extrait d'un ouvrage sous presse intitulé : Études progressives d'un naturaliste, faisant suite à ses publications dans les quarante-deux volumes des Annales et Mémoires du Muséum d'histoire naturelle. Dans ce mémoire, M. Geoffroy reproduit, avec plusieurs des communications qu'il avait faites sur ce sujet à l'Académie des sciences, la lettre de M. Owen, lue le 3 novembre dernier, et il y joint des notes, soit pour répondre aux objections qui lui sont adressées par le naturaliste anglais, soit pour redresser quelques faits ou combattre quelques déductions. Ainsi, à l'occasion de la comparaison établie par M. Owen entre la structure du cœur et des gros vaisseaux chez les différentes classes de vertébrés, M. Geoffroy fait la remarque suivante :

« Depuis la publication du *Tableau de la circulation du sang chez le fœtus de l'homme*, par M. Martin Saint-Ange, et celle d'un autre ouvrage du même auteur couronné par l'Académie des sciences, on ne saurait être trop circonspect en énonçant les généralités sur le cœur des animaux vertébrés telles qu'on les trouve dans une foule d'ouvrages. Le fait avancé que les reptiles ont le cœur uni-ventriculaire est un point non entièrement applicable à tous les reptiles qui respirent l'air en nature. M. Owen ne donne qu'à demi cette considération restrictive à l'égard des *crocodilus lucius* et *acutus*, qu'il cite en note. Le cœur tout-à-fait séparé en ses deux ventricules chez les crocodiles formait un fait déjà observé par Panizza, suivant une réclamation assez tardive qu'il en a faite dans les journaux de médecine de Paris.

» Ce n'est point seulement à cet égard, poursuit M. Geoffroy, que je me trouve en dissentiment d'observation avec M. Owen; je pense même, par exemple, que, relativement au cœur et à ses vaisseaux, il ne met pas les monotrèmes à leur place parmi les ovipares et assez près des plus élevés des reptiles, des crocodiles, par exemple. Il n'y a de cœur uni-ventriculaire proprement dit, que chez les batraciens et leurs analogues qui vivent dans l'eau. Les ophidiens ont les deux ventricules plus ou moins distincts, à cause des valvules compliquées, et parce que leur cloison médiane n'est pas fermée dans tous les points. Nous venons de dire qu'elle l'est entièrement chez les crocodiles. Mais avec ces différences au confluent, s'en joignent d'autres plus fortes et dans un degré proportionnel à l'égard des troncs au sortir du cœur. Quelques-unes de ces différences, en ce qui concerne les monotrèmes, sont indiquées par M. Owen, mais non toutes, principalement dans leur degré d'influence. Il est

vrai qu'il rapproche les monotrèmes du type ovipare, du moment qu'il leur reconnait deux veines supérieures, et qu'il déclare que dans l'ornithorhinque il n'y a pas d'ouverture pour la veine coronaire.

» Voici ce qu'a remarqué à cet égard M. Martin Saint-Ange, en examinant le jeune ornithorhinque : La veine cave supérieure gauche, après avoir contourné le cœur, s'ouvre dans le point où la veine cave inférieure débouche dans l'oreillette droite; la veine cave supérieure droite se rend comme de coutume dans l'oreillette droite ; et les branches de la veine coronaire se réunissent en un tronc qui contourne la veine cave inférieure, et va s'ouvrir dans le confluent veineux qui précède immédiatement l'oreillette droite. Notre jeune ornithorhinque était à cet égard dans un développement d'adulte : ni trou botal ouvert, ni canal artériel encore subsistant.

» Or, existe-t-il chez un mammifère deux veines caves disposées comme nous venons de le voir ; le mélange du sang s'effectue en plus grandes proportions lorsqu'il est à l'état de fœtus. Cette généralité, remarquée par M. Martin Saint-Ange, est un fait propre à l'ornithorhinque ; mais en outre, cette ouverture de la veine coronaire manquant, dit M. Owen, à l'égard de l'oreillette droite, il y est néanmoins suppléé au moyen d'un versement à très-courte distance dans une portion de la veine cave. Cette différence est de peu de valeur pour la circulation de l'adulte ; mais, chez le fœtus, il n'en est pas de même, puisque le sang provenant de la veine cave inférieure passe en plus grande quantité dans l'oreillette gauche par le trou botal : d'où un mélange plus grand ici que chez les mammifères, puisque le versement des coronaires se fait dans le vestibule de la veine cave inférieure.

» Les ornithorhinques à mélange des sangs, aux doubles veines caves supérieures, et à veine coronaire, dans la circonstance ici décrite, contiennent donc des rapports importans de circulation, les menant plus sur les reptiles que sur les mammifères.

» Or, voilà ce qui surgit de tout cela. Pendant que les monotrèmes inclinent de cette manière vers les reptiles, les crocodiles, avec leur cœur bien doublement ventriculaire, s'avancent par là vers les mammifères. Ce sont de part et d'autre des actes de développement du même rang, plus ou moins incomplets, plus ou moins arrêtés, ou au contraire plus ou moins prolongés et portés à un maximum d'action.

» La théorie de l'unité de composition organique recueille ces considérations, comme lui apportant autant de manifestations encore inaperçues de la persistance de ses règles toutes puissantes. »

A l'occasion de quelques réflexions de M. Owen sur la subordination des caractères qui peuvent être pris pour base dans une classification, M. Geoffroy remarque que l'auteur parait ne pas assigner un rang assez élevé à ceux qui sont tirés de l'organisation sexuelle. « Il y a, dit l'honorable académicien, unité de relations et nécessité d'harmonies réciproques dans toutes les parties des systèmes, et quand l'un baisse, il en est de même de tous. L'auteur me parait aussi insister beaucoup trop sur la conformation analogique des reins, des poumons, des tégumens. Ce serait une objection à me présenter si je parlais de transporter les monotrèmes vers la fin de la série des vertébrés ; ce que j'ai voulu a été seulement d'indiquer qu'ils se séparent tout autant des marsupiaux que des vrais mammifères, d'ailleurs pour les suivre et pour précéder la classe des oiseaux ; et je dis cela au sujet des marsupiaux avec intention, afin d'avoir occasion de placer ici mon doute sur l'assertion par laquelle il termine : « que l'œuf de l'ornithorhinque se développe d'une manière » toute différente de celui des ovipares proprement dits, et » qu'il offre sous ce rapport beaucoup d'analogie avec ce » qu'on rencontre dans les didelphes. »

PLUIE DE CRAPAUDS.

Nous avons déjà plusieurs fois donné l'extrait de communications relatives à ce sujet ; l'Académie vient d'en recevoir une nouvelle, et nous en parlerons encore parce que le fait ayant été nié pendant long-temps par des hommes dont l'opinion est d'un grand poids, il importe de le bien constater enfin pour n'y plus revenir.

M. Berthier, étudiant en médecine, élève interne à l'hôpital Saint-Louis, écrit que, vers la fin du mois d'avril 1830, chassant près de Marrat, village peu distant d'Avallon (Yonne), une pluie qui survint pendant une chaleur étouffante l'obligea à se réfugier dans une hutte de pâtres. Après une première ondée de cinq à six minutes, M. Berthier se disposait à se remettre en route, lorsque, levant la tête pour regarder la direction des nuages, il reçut sur le visage cinq à six petits corps qui lui semblèrent des gouttes de pluie ; mais en regardant autour de lui, il vit qu'avec la pluie il tombait de petits crapauds, dont quelques-uns étaient gros comme une forte noisette.

L'auteur de la lettre ajoute : « Mon chien, qui jusque-là s'était tenu en avant, vint, en apparence très-effrayé, se blottir entre mes jambes, en faisant entendre des cris plaintifs. Quelques minutes après, la pluie augmenta avec violence, et lorsque je quittai mon abri, où j'avais été obligé de revenir, l'eau qui ravinait la pente où je me trouvais avait entraîné une grande partie de ces batraciens ; cependant, sur tout l'espace que je traversai pendant près d'un quart d'heure de marche, la terre en était couverte d'une quantité considérable.

M. Berthier pense, comme plusieurs des auteurs des communications précédentes, que les crapauds avaient été enlevés par un tourbillon de vent avec l'eau de quelque marais. Je suis d'autant fondé à le croire, dit-il, qu'à une demi-lieue de l'endroit où j'étais, et exactement dans la direction de l'orage, se trouvent deux étangs considérables entourés de mares nombreuses, et qu'aussitôt après l'orage je fus frappé d'une odeur très-forte de marais.

ÉVAPORATION DES SIROPS.

M. Boucherie, médecin et professeur de chimie à Bordeaux, adresse une communication sur un procédé économique dans lequel supprimant la cloison placée entre le liquide et la source de chaleur, il fait arriver directement sur le produit qu'on veut condenser l'air chaud qui s'échappe par le tuyau des cheminées. Il prétend qu'il n'en résultera

aucune mauvaise odeur ou aucun mauvais goût, pourvu qu'on ne brûle que du coke ou du charbon bien fait.

ASCENSION AU CHIMBORAZO, par M. BOUSSINGAULT.

Le 16 décembre 1831, M. Boussingault, en compagnie du colonel Hall, est parvenu sur le Chimborazo à la hauteur de 6,006 mètres. C'est la plus grande élévation que l'on ait encore atteinte en s'élevant sur les montagnes. Le baromètre qui, comme on le sait, se soutient à 28 p. 3 lignes environ au niveau de la mer, était descendu à cette station élevée à 13 pouces 8 lignes; la température de l'air à l'ombre était de 7,8 C.

M. Boussingault discute dans son mémoire les effets de la raréfaction de l'air sur les hommes qui s'élèvent sur les hautes montagnes. Il pense qu'il est possible de s'acclimater à l'air raréfié. Ainsi à une hauteur presque égale à celle du Mont-Blanc, là où le célèbre Saussure trouvait à peine assez de force pour consulter ses instrumens, on voit en Amérique de jeunes femmes se livrer pendant des nuits entières à l'exercice de la danse. Un combat célèbre dans la guerre de l'indépendance, celui de Pichincha, s'est donné à une hauteur peu différente de celle du Mont-Rose.

Les guides qui ont accompagné M. de Saussure sur le Mont-Blanc ont tous assuré avoir vu les étoiles en plein jour, M. Boussingault, qui est arrivé dans les Indes à des hauteurs bien supérieures à celle que Saussure a pu atteindre dans les Alpes, n'a jamais été témoin de ce phénomène. Après avoir rapporté des expériences chimiques faites sur l'air recueilli sur le Chimborazo, M. Boussingault expose le résultat de ses observations géologiques; il a trouvé dans l'étude de cette montagne célèbre une confirmation des idées qu'il avait émises sur la nature des cônes trachytiques qui hérissent les Andes, ce sont des montagnes qui ont été soulevées à l'état fragmentaire. Le mémoire de M. Boussingault, sur le Chimborazo, est un chapitre de l'ouvrage que ce voyageur doit bientôt publier, dans lequel il exposera les résultats scientifiques obtenus pendant dix années de voyages dans les Andes de la Nouvelle-Grenade.

Commissaires : MM. Arago et Savary.

SUCRE DE MAÏS.

M. Pallas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, adresse un mémoire sur le sucre extrait de la tige du maïs. Il rappelle les anciens travaux de Parmentier à ce sujet, et ceux dont ce savant a eu postérieurement connaissance, et dont il a parlé dans ses dernières publications.

Parmentier avait obtenu :

1° De 48 livres de tiges fraîches, huit onces d'une liqueur sirupeuse sans indication de degré.

2° De 12 livres de tiges desséchées provenant de la plante parvenue au même degré de végétation, douze grains de sucre.

3° Enfin de 30 livres d'épis de maïs encore verts, dix-huit onces de sirop épais.

Parmentier cite, entre les auteurs qui se sont occupés du maïs, le docteur Naihrold de Grasse, en Basse-Styrie. Naihrold sépare la matière sucrée du maïs sans pour cela sacrifier le fruit. Choisissant après la récolte les tiges qui sont encore succulentes et qui ne présentent pas de goût amer, il les passe aux rouleaux comme on fait pour la canne dans les sucreries, filtre, à travers un sable quartzeux, le liquide obtenu, le sature à la chaux, et l'évapore à feu nu.

Le même procédé était employé, il y a quelques années, aux environs de Paris, par M. Quest, pépiniériste à Bruyères-le-Château. Il se contentait d'obtenir le sirop, et ne cherchait pas à le faire cristalliser. Parmentier l'avait cherché, mais sans y réussir.

M. Pallas, qui emploie également les tiges dont l'épi a mûri, ne se contente pas de retirer le jus qui peut sortir par la pression après l'écrasement de cette tige préalablement dépouillée de ses feuilles et de l'enveloppe ligneuse; il fait piler de nouveau la bagasse avec de l'eau, et joint la décoction à la première liqueur obtenue, pour faire évaporer le tout ensemble après filtration et saturation par la chaux.

De 7 kilogrammes de tiges il a obtenu :

1° 500 grammes de sirop à 34 degrés, à la température atmosphérique de 15 degrés centigrades;

2° Un produit parenchymateux dont on n'a pas apprécié au juste la quantité, et qui paraît pouvoir servir à la nourriture du bétail;

3° Une matière gommeuse de moindre importance.

Il paraît que M. Naihrold obtenait une quantité assez considérable de sucre cristallisé; M. Pallas n'a pu encore y parvenir, quoiqu'il se soit aidé de l'expérience d'un habile raffineur. L'époque avancée de la saison ne lui a pas permis de répéter ces essais, mais il compte les reprendre, et il ne désespère pas du succès.

— M. Jaume Saint-Hilaire adresse le manuscrit d'un ouvrage intitulé : *Flore parisienne*, ou Description des plantes qui croissent dans les environs de Paris, avec l'indication de la figure. Au texte sont joints des dessins faits d'après nature, et qui représentent au moins une espèce de chaque genre.

Commissaires, MM. A. de Jussieu et Ad. Brongniart.

— M. Mazzacarati de Bologne adresse un mémoire contenant les expériences et les observations faites sur deux cas de catalepsie envisagés sous leurs rapports magnétiques, l'exposition d'une méthode capable de conduire les personnes affectées de cette maladie à certaines conditions de l'état nerveux, même à la mort apparente, et le traitement de ces divers états.

Commissaires : MM. Duméril, Double et Magendie.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE. — *Présidence de* M. BOULAY.

M. Blandin et M. Sonberbielle écrivent pour se porter candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. Chevallier, D.-M., adresse une observation d'accouchement double, où la ligature du premier cordon ombilical détermina une forte hémorrhagie. — Renvoyé à MM. Deneux, Capuron et Villeneuve.

M. Archambault envoie une note sur l'inoculation de la scarlatine ; il a répété des expériences de M. Miquel d'Amboise avec des résultats différens. — Commissaires : MM. Guersent, Capuron et Villeneuve.

M. Duméril fait un rapport verbal sur de prétendus entozoaires adressés à l'Académie, il y a un assez long temps. La première pièce, rendue avec les selles par un enfant de 5 ans, était donnée comme une masse hydatique ressemblant à une patte d'écrevisse détachée du tronc. La ressemblance, dit le rapporteur, ne saurait être plus parfaite, attendu que c'est en réalité une patte d'écrevisse, seulement ramollie par le milieu dans lequel elle s'est trouvée. (On rit.)

La seconde pièce, rendue aussi par les selles, constituait, au dire de l'auteur de l'observation, une masse d'hydatides fusiformes ; c'est tout bonnement un quartier d'orange dont les cellules sont disjointes et pendent en lambeaux.

Il y a quelque temps qu'on a cru trouver sous la peau de l'homme des larves d'insectes du même genre qu'on en trouve chez le bœuf et le renne, ayant le corps divisé par anneaux, garni d'épines, etc. Ce sont évidemment, dit M. Duméril, des larves de mouches portant des panaches particuliers, qui ont pu être pris pour des épines.

M. Cornac désire que les membres chargés par l'Académie de visiter M. Dupuytren donnent quelques détails sur l'état de cet honorable membre.

M. Orfila. J'ai vu hier à deux heures M. Dupuytren. Depuis deux jours, son état s'était amélioré ; l'enflure des jambes avait diminué et la respiration était plus libre.

M. Husson. Le conseil de l'Académie a agité la question de savoir s'il convenait de rendre ainsi publics les détails de la maladie de nos collègues. Quelques membres ont fait observer que cela pouvait avoir de graves inconvéniens. Ainsi, si l'on dit que le mal empire, la nouvelle est publiée par les journaux, et si le malade vient à les lire, on conçoit quelle influence fâcheuse cela peut avoir. Voilà pourquoi nous n'avons pas rendu compte de notre mission.

M. le Président. D'après ces observations, à l'avenir les membres délégués pour s'informer, au nom de l'Académie, de l'état d'un académicien malade, ne feront plus de rapport en séance publique.

MÉMOIRE SUR LE CROUP DES ADULTES, rapport par M. Gérardin.

L'auteur de ce mémoire commence par remarquer que le croup est bien moins rare chez les adultes qu'on ne le pense, puisqu'en un espace de temps assez court il en a observé à lui seul sept à huit exemples. Il rapporte quelques faits du même genre qu'il a empruntés à divers auteurs, puis il cite quatre observations qui lui sont propres.

Dans la première, le croup sévit sur un homme de 25 ans et se compliqua de pneumonie ; la mort eut lieu. A l'autopsie, on trouva les bronches remplies d'une pseudo-membrane qui n'allait pas plus haut que la trachée.

Le second sujet avait 26 ans ; il portait en même temps un anévrisme du cœur et une gastrite chronique ; il succomba également. A l'autopsie, on trouva une pseudo-membrane occupant le larynx et l'arrière-gorge.

Le troisième sujet, âgé de 24 ans, succomba également. Le quatrième offrit à la fois les symptômes du croup et de l'angine couenneuse.

Dans tous les cas, l'affection débuta par une phlegmasie des fosses nasales et du pharynx, affecta les symptômes d'une angine laryngo-pharyngée des plus graves, avec la voix croupale et l'expectoration de fausses membranes. Toutefois la voix croupale différait singulièrement de ce qu'elle est chez les enfans. La mort eut lieu du 7e au 10e jour ; la guérison vers le 15e. L'intensité du mal et la gravité du pronostic furent toujours en rapport avec l'épaisseur et la densité de la fausse membrane.

La commission propose d'adresser des remerciemens à l'auteur et de déposer son mémoire honorablement dans les archives.

M. De Lens. On regarde généralement le croup comme très-rare chez les adultes ; cela est vrai, si l'on entend parler du croup tel que nous l'avons vu il y a 15 ou 16 ans ; mais cela est fort inexact si on le rattache à l'angine commune, qui attaque également tous les âges. Mais c'est à tort, selon moi, qu'on a voulu confondre deux affections aussi diverses par leur marche, leurs symptômes et surtout par le traitement qu'elles réclament. Cette confusion est devenue plus grave encore, depuis qu'on préconise la laryngotomie dans ce qu'on appelle le croup.

M. Rochoux. L'auteur s'étonne que la voix croupale des adultes ne soit pas la même que celle des enfans ; il y aurait bien plus lieu d'être surpris si elles se ressemblaient ; la glotte de l'adulte est bien plus longue et plus large que celle de l'enfant, ne saurait être rétrécie au même degré par une pseudo-membrane, ni conséquemment rendre les mêmes sons.

M. Guersent. On confond sous le nom de *voix croupale* des sons de voix fort différens. Ainsi on donne ce nom, chez les petits enfans, à une voix sonore, clapissante, sortant de dedans en dehors ; cette sorte de voix est propre à l'angine striduleuse, qu'on prend vulgairement pour le croup et qui en diffère beaucoup. Dans le croup véritable, la voix n'est jamais éclatante et sonore ; elle est éteinte, sourde, rentrant en dedans. Il aurait été essentiel de faire cette distinction. Peut-être aussi l'auteur aurait dû mentionner le travail de M. Louis, qui a montré le premier, il y a 7 ou 8 ans, que le croup est plus commun qu'on ne l'avait dit chez les adultes et même chez les vieillards.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

MÉMOIRE SUR LE PRINCIPE ACTIF DE LA SALSEPAREILLE, par M. Thubœuf. — Rapport par MM. Soubeiran et Cullerier.

M. Cullerier donne lecture de ce rapport composé de deux parties, la partie chimique et la partie médicale. Dans la première, qui est l'œuvre de M. Soubeiran, on rappelle que les chimistes italiens et français avaient trouvé jusqu'à présent dans la salsepareille quatre substances qui semblaient différentes, et auxquelles on rapportait cependant en particulier la vertu thérapeutique de la salsepareille. De ces substances, l'une était acide, l'autre alcaline ; les deux autres paraissaient neutres.

M. Thubœuf, en répétant ces analyses, est arrivé à dé-

montrer que ces quatre prétendus élémens ne sont que des variétés d'une même substance, plus ou moins éloignée de l'état de pureté, et à laquelle il donne le nom de *salseparine*. Elle est blanche, inodore, de saveur nauséeuse mais peu prononcée; cristallise en prismes allongés, etc. M. Thubœuf indique pour l'obtenir un procédé plus simple et plus économique que ceux qu'on connaissait avant lui.

Une certaine quantité de salseparine ayant été remise à l'Académie pour l'expérimenter, M. Cullerier l'administra, du 1er au 31 juillet, à l'hôpital des Vénériens, à 9 malades, 7 hommes et 2 femmes. Tous avaient des symptômes syphilitiques secondaires et d'ancienne date; des ulcères à la gorge ou dans les fosses nasales, des bubons, etc. On donnait la salseparine à la dose de 6 grains dans les 24 heures, dissoute dans l'eau froide ou arrangée en pilules; on porta plus tard la dose à 9 et enfin jusqu'à douze grains.

A la dose de 6 grains, le médicament était très-bien supporté; il n'en a pas été toujours ainsi quand on l'a porté à 9 grains. Plusieurs malades en ont éprouvé de la pesanteur à l'épigastre, des nausées, des maux de cœur; un homme a été assez fortement purgé, et a rendu avec les fèces une grande abondance de mucosités intestinales. On a voulu savoir si cela tenait à l'administration du remède; on l'a donc suspendu; les mucosités ont aussitôt disparu des selles; elles sont revenues dès qu'on a repris l'usage du médicament. Celui-ci était pris d'ailleurs sans répugnance; la solution, au dire des malades, n'était ni bonne ni mauvaise; les pilules n'avaient rien de désagréable.

Les résultats thérapeutiques sont restés fort incertains; cela tient à ce que l'on a expérimenté d'abord sur trop peu de malades, et ensuite trop peu de temps. Des neuf individus qui ont pris la salseparine, un seul a guéri; chez sept autres, il y avait eu de l'amélioration; mais il a fallu, pour compléter la cure, recourir à d'autres remèdes. Le dernier, celui qui a été purgé par le médicament, est encore aujourd'hui à l'hôpital.

La commission conclut à adresser des remerciemens à l'auteur.

M. Lodibert. On a omis dans le rapport de citer les recherches d'un aide-major pharmacien du Val-de-Grâce, M. Poggiale, qui est arrivé aux mêmes résultats chimiques que M. Thubœuf, et dont le travail consciencieux est fait de manière à ne laisser aucun doute.

M. Chevallier. Il faudrait continuer les expériences thérapeutiques, afin de savoir à quoi s'en tenir sur les propriétés de cette substance, et inviter l'auteur à en fournir une quantité suffisante.

M. Cullerier. Je lui ai écrit à cet effet; il a répondu qu'elle lui revenait à un prix trop élevé pour en donner davantage.

M. Chevallier. Il faudrait alors inviter l'administration des hôpitaux à en faire préparer à la pharmacie centrale; c'est un objet fort important.

M. Maingault prétend que l'Académie a des fonds destinés à des expériences de ce genre. M. le président répond qu'on n'en a pas; le ministre a seulement invité l'Académie à lui en demander pour cet objet quand elle jugerait en avoir besoin.

M. Mérat. Nous en avons déjà demandé au ministre; il a répondu qu'il n'en avait pas.

M. Lisfranc appuie fortement la proposition de M. Chevallier. Mais puisque les expériences, au dire même du rapporteur, n'ont pas été poussées assez loin, il importe de le dire dans les conclusions du rapport, afin qu'on n'en abuse pas pour répandre des prospectus dans le public, à l'abri du nom de l'Académie.

M. Bonastre demande qu'on ne se borne pas à des expériences thérapeutiques; il faut savoir définitivement s'il est vrai que la salsepareille ne contienne qu'une seule substance, et ensuite quelle est la nature de cette substance. M. Thubœuf paraît la croire alcaline; mais, selon les expériences de M. Poggiale, elle serait acide, puisqu'elle rougit un peu la teinture de tournesol.

M. Castel propose de mettre dans les conclusions, *que l'Académie suspend son jugement jusqu'à des expériences plus complètes*, et qu'on en retranche les remerciemens. Les remerciemens des sociétés savantes sont des récompenses, et pourquoi récompenser l'auteur d'une découverte tant que celle-ci n'est pas constatée? (Appuyé!)

M. Duméril est d'une opinion différente. Il est bien connu que la salsepareille a des vertus éminentes; il convient donc de mettre dans les conclusions qu'il est nécessaire de donner plus de suite à ces expériences; puis l'Académie devra s'adresser à la commission des hôpitaux pour avoir de la salseparine, et bien sûrement on ne lui en refusera pas. (Appuyé!)

Le rapport et les conclusions, modifiés dans le sens de M. Duméril, sont adoptés.

HYPOCONDRIE GUÉRIE PAR L'ÉCOULEMENT DE MATIÈRES GRASSES PAR LES INTESTINS.

M. Cullerier communique un cas d'hypocondrie, chez un homme de 50 ans, avec penchant au suicide. Il y a quelques jours, à la suite d'une commotion forte, mais agréable, cet homme rendit par l'anus une grande quantité de matière grasse, qu'il compare à la graisse de porc nouvellement fondue. La guérison suivit presque immédiatement. Malheureusement, M. Cullerier n'a pas conservé de cette graisse, qu'on aurait pu soumettre à l'analyse.

M. Velpeau montre un produit de conception qu'on peut présumer dater de quinze jours. La caduque forme une poche sans ouverture, déprimée en un point par la présence de l'œuf. Cette pièce est une nouvelle preuve à l'appui de la théorie de M. Velpeau sur la manière dont l'œuf arrive dans l'utérus.

M. Roux annonce qu'il fera trois communications à l'Académie au sujet des faits qu'il a recueillis dans son voyage en Italie. La première aura lieu au commencement de la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 4 novembre. — *Présidence de* M. Boulay.

M. le préfet de la Seine adresse à l'Académie deux exemplaires du rapport sur la marche et les ravages du choléra dans ce département.

M. Leroy d'Étiolle écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. le président annonce que M. Laubert est mort avant-hier. A cette occasion M. Cornac se plaint que déjà plusieurs membres de l'Académie sont ainsi morts sans que la société en ait été avertie, et sans qu'une députation ait été nommée pour accompagner le convoi. Il y a cependant un secrétaire d'administration à qui il serait bien facile de faire prévenir M. le président et un nombre de membres suffisans pour régler ces derniers honneurs à rendre à leurs collègues. M. Bousquet répond que le secrétaire du conseil n'est pas mieux informé à cet égard que les autres membres de l'Académie.

M. Double. Le vœu de M. Cornac n'aurait pu d'ailleurs s'appliquer à la circonstance actuelle. M. Laubert est mort avant-hier, et par testament il a demandé à n'être suivi à sa dernière demeure que par douze amis dont il a lui-même donné les noms et la liste.

M. Gérardin, revenant sur son rapport de mardi dernier, déclare que les observations de M. Carent sur le croup des adultes ont été recueillies en 1823 à la Charité, deux ans conséquemment avant la publication du mémoire de M. Louis sur le même sujet.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ, COMME CONTRE-POISON DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Orfila. Je désire communiquer à l'Académie quelques expériences sur cet important sujet, tentées par M. Lesueur à la Faculté.

Il faut d'abord établir deux faits capitaux. Quand on administre à un chien vigoureux et de taille moyenne neuf grains d'arsenic blanc, ou acide arsénieux, en lui laissant la faculté de vomir, généralement la mort arrive en quatre ou cinq heures; mais quelquefois aussi le poison est rejeté en totalité ou en partie par des vomissemens prompts et répétés, et le chien en réchappe. Que si, après avoir donné à un chien neuf grains d'acide arsénieux, on lui administre immédiatement trois onces deux gros de tritoxide de fer hydraté, mais qu'on lui laisse la faculté de vomir, le chien ne meurt pas, il est vrai, mais l'expérience n'est pas rigoureuse, puisque la guérison peut être attribuée aux vomissemens.

Il fallait donc, pour donner à ces expériences toute l'exactitude désirable, les répéter en ôtant aux animaux la faculté de vomir. C'est là ce qu'a tenté M. Lesueur à l'aide d'une opération bien connue et d'ailleurs assez simple, qui consiste à lier l'œsophage immédiatement après l'ingestion des substances dont on veut déterminer les effets.

Exp. I. On a donné à un chien robuste et de taille moyenne neuf grains d'acide arsénieux, et immédiatement après trois onces deux gros de tritoxide de fer hydraté; puis, sans perdre de temps, on a lié l'œsophage. Le chien n'a éprouvé aucun des symptômes de l'empoisonnement, et il est encore en vie à présent, 70 heures après l'ingestion de l'arsenic.

Cette expérience a été répétée sur d'autres chiens, et a donné des résultats tout semblables. Il paraît donc hors de doute que dans ces cas le tritoxide de fer hydraté a complétement neutralisé l'acide arsénieux.

Exp. II. On a donné à un chien neuf grains d'acide arsénieux; puis, une demi-heure après, on lui a fait avaler trois onces deux gros de contrepoison. Le chien est mort avec tous les symptômes de l'empoisonnement.

Cette seconde expérience contredit-elle la première? en aucune façon. Il est bien reconnu aujourd'hui, malgré des opinions long-temps dominantes, que l'acide arsénieux ne tue pas par l'inflammation locale qu'il détermine, mais bien parce qu'il est absorbé, et qu'il va porter son action délétère sur le cœur et sur le cerveau, ce que témoignent au surplus les autopsies dont M. Boulay nous a récemment rendu compte. Cette absorption a même lieu promptement; en attendant une demi-heure, on lui avait donc laissé le temps de se faire, et dès-lors le contrepoison venait trop tard. Il en est de même pour la magnésie, par exemple, dont l'action ne saurait être contestée comme contrepoison des acides. Il faut la donner sans délai : si l'on attend une demi-heure, l'acide a produit son effet, et la magnésie échoue.

Il reste donc démontré pour moi que le tritoxide de fer hydraté est le contrepoison efficace de l'acide arsénieux. Il faut seulement qu'il soit administré promptement et à haute dose; et je noterai comme une chose remarquable qu'il faut qu'il soit hydraté; on a donné du tritoxide de fer anhydre; l'empoisonnement a suivi son cours, et tous les animaux ont succombé.

M. Duméril demande si l'on s'est assuré du résultat chimique obtenu par la réaction de ces deux substances.

M. Orfila. Cela est parfaitement connu; il se forme de l'arsénite de fer qui est sans action sur l'économie animale. J'ajouterai quelques mots à ce que je viens de dire. L'acide arsénieux est un poison redoutable et rebelle principalement parceque, étant insoluble dans l'eau, ses molécules pulvérulentes se cachent et s'incrustent pour ainsi dire dans les cryptes de la muqueuse stomacale; en sorte que les réactifs employés jusqu'ici avaient peine à l'y saisir. C'est pourquoi on obtenait des succès si incertains avec l'acide hydrosulfurique, bien que cet acide décompose sûrement l'acide arsénieux; mais comme il n'atteignait point toutes ces petites molécules cachées dans les replis de la muqueuse. Il agissait ainsi tant bien que mal, et jamais d'une manière certaine. Cette circonstance rend bien plus remarquable encore l'action du tritoxide de fer hydraté, puisque c'est un corps solide qui décompose un corps solide. En effet ceux qui s'empoisonnent avec l'acide arsénieux le prennent d'ordinaire à l'état solide; d'ailleurs le tritoxide de fer expérimenté avec l'acide arsénieux liquide a également bien réussi.

M. Double désirerait que ces expériences fussent répétées un grand nombre de fois, et en vue surtout de déterminer après quel temps le tritoxide de fer est impuissant à arrêter l'empoisonnement.

M. Orfila. On continue ces expériences; mais pour moi je me déclare convaincu de l'efficacité de cette substance comme contrepoison.

M. Boulet jeune. J'avais annoncé à l'Académie que je me proposais de faire une série d'expériences sur l'empoisonnement par les arsénicaux. J'en ai déjà fait quelques-unes, qui ne m'ont pas aussi bien réussi que celles de M. Lesueur; mais il est vrai de dire que j'expérimentais sur d'autres ani-

maux, sur des chevaux, et avec l'arséniate de potasse, qui est la substance qui avait déterminé l'empoisonnement dont j'ai rendu compte à l'Académie.

J'ai administré à un cheval deux onces d'arséniate de potasse, et immédiatement après, une livre et demie de tritoxide de fer hydraté; c'est-à-dire douze fois en poids la quantité de poison donnée. Le cheval s'est assez bien porté durant 36 heures; mais à partir de cette époque, il est devenu triste et a fini par succomber. A l'autopsie j'ai trouvé les mêmes lésions que j'avais remarquées sur mes chevaux antérieurement empoisonnés.

M. Lassaigne, à qui je fis part de ce résultat, me fit observer que le tritoxide de fer hydraté pouvait fort bien servir de contre-poison à l'acide arsénieux, sans avoir la même action sur l'arséniate de potasse, attendu que l'acide arsénique a plus d'affinité pour la potasse que pour le fer et qu'ainsi il n'y a pas lieu à décomposition. Il me suggéra d'essayer contre l'arséniate de potasse le sulfate de fer, espérant que l'acide sulfurique se porterait sur la potasse, et laisserait l'oxide de fer et l'acide arsénique réagir l'un sur l'autre. J'ai tenté une expérience d'après ces données; j'ai administré une livre de sulfate de fer contre une once d'arséniate; l'animal s'est bien porté durant 24 heures, puis sont venus les symptômes d'empoisonnement, auxquels il a définitivement succombé.

M. Chevallier. M. Lassaigne a reconnu que l'acide arsénieux était décomposé par le tritoxide de fer hydraté et qu'ainsi il n'y avait plus de poison. Des expériences ont été instituées à la Pitié par M. Miquel avec l'acide arsénieux; elles ont eu le même succès que celles de M. Lesueur. L'insuccès de M. Boulet s'explique peut-être par la différence du composé arsénical qu'il a employé, mais il tient aussi, je pense, à la trop faible quantité de contre-poison. Une livre et demie ne suffit pas pour deux onces d'arséniate de potasse; il en faut une dose beaucoup plus forte.

M. Orfila. Cette réflexion est très-juste; M. Lesueur avait commencé à administrer une once et demie de sesquioxide de fer pour neuf grains d'acide arsénieux; l'empoisonnement suivait son cours. C'est l'expérience qui l'a conduit à en administrer la dose proportionnellement énorme de trois onces et deux gros.

M. Duval. Je rappellerai que Navier préconisait les martiaux contre l'empoisonnement par les substances arsénicales. Ne pourrait-on, en cas d'urgence, administrer dans le même but l'encre à haute dose?

M. Chevallier. L'encre a été déjà conseillée. Je pense aussi que le proto-hydrate de fer à haute dose aurait les mêmes propriétés que le tritoxide; j'ai commencé aujourd'hui même à ce sujet des expériences qui n'étaient point terminées pour la séance de l'Académie.

Voyage chirurgical de M. Roux. — I. *Voyage en Suisse.*

M. Roux. Avant d'entrer en matière, je crois devoir avertir l'Académie que mon voyage n'ayant pas eu un but directement scientifique, cette relation sera sans doute moins remplie de faits qu'elle n'aurait pu l'être dans la circonstance opposée. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas négligé de voir les célébrités chirurgicales des pays que j'ai parcourus, et de m'enquérir des observations et des méthodes de traitement nouvelles. Cette première communication sera consacrée à la Suisse, et je ne passerai les Alpes que dans une autre séance.

Une des villes qui méritent le mieux d'attirer l'attention d'un chirurgien est Lausanne, chef-lieu d'un petit canton Suisse, pourvue d'un hôpital de 120 lits, presque tous réservés à des cas chirurgicaux. Nul n'ignore les efforts extraordinaires tentés par M. Mayor, chirurgien de cet hôpital, pour donner un élan vigoureux à la chirurgie Suisse, et les innovations nombreuses qu'il a apportées dans la pratique et qui ne sont pas peut-être encore convenablement appréciées. Là au moins les circonstances l'ont servi à souhait; il est chirurgien principal de l'hôpital et à peu près dominateur absolu; car, bien que soumis de droit à l'autorité administrative, il suffit qu'il manifeste un vœu pour le voir immédiatement écouté. C'est par là non moins que par son génie indépendant qu'il est parvenu à donner à son hôpital une physionomie à part, et qu'on ne retrouve dans aucun des nôtres.

On n'y voit pas le plus léger brin de charpie; tous les pansements se font avec du coton. Il a rejeté les bandages compliqués qui nous usent tant de linge, et leur a substitué des appareils très-simples faits avec des mouchoirs. Il a adopté la méthode de Sauter pour le traitement des fractures, et il est fort curieux de voir tous ses malades à fractures, même aux membres inférieurs, sortir du lit, se promener et s'asseoir, le membre reposant sur une planchette mobile. Je connaissais toutes ces innovations; mais il y a loin d'une simple relation à ce dont on s'assure par ses yeux, et j'en ai été tellement frappé que je saisirai la première occasion d'en faire moi-même l'expérience. M. Mayor m'a montré aussi des individus affectés autrefois de difformités de la colonne vertébrale, et qu'il est parvenu à rectifier par des procédés tout aussi simples que ses appareils à fractures.

Je ferai ici une réflexion qui n'a certainement pas pour but de déprécier ces travaux ou d'amoindrir la part de gloire qui en revient à M. Mayor. Il est présumable que la nécessité lui a suggéré les premières idées de ces appareils; en effet, M. Mayor est seul pour ainsi dire dans cet hôpital; il n'a ni aides, ni élèves; on ne lui accorde qu'un seul infirmier. Ce ne serait pas là le premier exemple d'un progrès dont la nécessité aurait donné le signal à la chirurgie. En Angleterre, le manque de charpie a fait recourir à la réunion immédiate, et c'est à cette cause qu'est aussi dû le traitement si simple adopté dans ce pays pour les ulcères.

M. Mayor a rejeté les rubéfians et les vésicans de son hôpital. veut-il faire lever une cloche de vésicatoire? Il plonge dans de l'eau très-bouillante un marteau métallique à plusieurs têtes, applique ces têtes sur la peau; en un clin d'œil il produit un, deux, autant qu'il veut de vésicatoires. Pour la cautérisation, il se sert d'un cautère bicultellaire qui produit deux raies à la fois, et diminue ainsi de moitié le temps de l'opération.

Il me reste à signaler une idée fort ingénieuse, que je me propose de constater dans mon hôpital. Dans ce que l'on appelle *luxation spontanée du fémur*, on sait qu'il n'y a pas toujours un déplacement réel de la tête du fémur, bien

qu'il soit incontestable qu'il existe quelquefois. M. Mayor le nie dans tous les cas, et voici comment il explique le raccourcissement du membre. Ce raccourcissement n'est qu'apparent, suivant lui, et tient à l'élévation du bassin du côté malade et à une déviation consécutive de la colonne vertébrale. Cela peut être pour un grand nombre de cas, et, je le répète, je m'occuperai de le constater; mais je pense que M. Mayor va trop loin en niant le déplacement d'une manière absolue.

Genève n'a pas un hôpital aussi célèbre que celui de Lausanne, mais la chirurgie compte en cette ville plusieurs noms favorablement connus: MM. Maunoir, Mayor, etc. Je tiens surtout de M. Mayor de Genève deux faits importans que je vais communiquer à l'Académie.

Le premier se rapporte à une affection qui paraît propre au territoire de Genève: en France nous ne la voyons pas. Il s'agit du *goître cystique ou enkysté*, appelé aussi par M. Maunoir *hydrocèle du cou*. Qu'il me soit permis à ce propos de remarquer qu'on n'a peut-être pas assez étudié l'influence des localités sur les maladies locales ou organiques, comme on l'a fait pour les maladies générales. Nous savons cependant qu'il est plusieurs affections chirurgicales qui sont fréquentes dans un pays, et ne se rencontrent que par exception dans un autre. Ainsi le fongus de l'œil est commun en Angleterre; il en est de même du fongus du testicule; et, bien qu'on ait attribué le cancer des ramoneurs à l'action de la suie, cette affection appartient encore en propre à l'Angleterre, et, comme les deux autres, elle n'apparaît que très-rarement en France. Le goître cystique est un nouvel exemple d'une maladie propre à certaines localités.

Il y a 15 ou 18 ans que, dans une thèse soutenue à Montpellier dans un concours pour une chaire de chirurgie, M. Maunoir fit mention le premier de cette affection; mais le nom bizarre qu'il lui donna, *hydrocèle du cou*, aussi bien que la rareté de cette affection parmi nous, fit qu'on attacha peu d'attention à ces idées nouvelles.

A Genève d'après M. Mayor, les kystes de la thyroïde sont assez communs. La tumeur débute constamment par un côté du corps thyroïde, jamais, dans le principe, il ne paraît pris tout entier. A mesure que le kyste fait des progrès, il s'étend d'un côté à l'autre, et semble avoir envahi la totalité de la glande. Plus tard, soit que le kyste se rompe spontanément, soit qu'on y fasse une ponction à l'aide du trocart, il en sort un liquide consistant, brunâtre, de couleur de café foncé; et au même instant, quelque étroit que soit le trocart, il se fait une hémorrhagie considérable qui prend dans la tumeur la place du liquide écoulé, et qui se répand même au dehors. Selon M. Mayor, cette hémorrhagie ne dépend de la lésion d'aucun vaisseau, mais d'une exhalation et pour ainsi dire d'une sorte de pluie de sang dans l'intérieur du kyste au travers de ses parois, lorsque celles-ci ne sont plus distendues et comprimées par le liquide. Si l'on obture hermétiquement l'ouverture faite au kyste, le sang s'arrête, en sorte qu'après de nombreux tâtonnemens, voici la méthode de traitement à laquelle M. Mayor a donné la préférence.

On plonge un trocart dans le kyste: le liquide écoulé et le sang commençant à sortir, on entoure la canule restée dans la plaie de tampons d'agaric, afin d'empêcher le suintement par l'extérieur; et on ferme la canule elle-même avec un bouchon solide. Le sang arrêté dans le kyste se coagule d'abord; plus tard il se liquéfie comme dans toute congestion de ce genre, et la canule sert alors à lui donner un écoulement au dehors. Le kyste suppure, ses parois se rapprochent peu à peu et finissent par adhérer. La guérison se fait long-temps attendre, mais elle s'obtient assez constamment; et jusqu'à présent ce traitement n'a point entraîné d'accidens graves.

Une autre affection beaucoup plus commune, sur laquelle M. Mayor a fait aussi des observations intéressantes, est la nécrose invaginée. Nous avons d'assez fréquentes occasions de la voir à Paris; mais il paraît qu'à Genève elle est plus fréquente encore, et il y a long-temps d'ailleurs que l'on a observé que dans les hôpitaux de Lyon, à une distance assez rapprochée de Genève, on faisait aussi plus d'opérations de nécrose proportionnellement que dans ceux de Paris.

Quoi qu'il en soit, il est passé en règle presque généralement admise qu'on ne saurait attendre trop tard pour l'extraction du séquestre; attendu que plus on attend, plus la séparation de l'os nécrosé est complète, et plus l'opération est facile. M. Mayor dit s'être assuré que la séparation est complète du moment que le travail de réparation a eu lieu, et qu'elle devance même de beaucoup l'époque de la complète ossification de l'os. Dès lors il conseille d'entreprendre l'opération plus tôt que plus tard, attendu que dans les premiers temps l'os est encore tendre et facile à entamer, tandis que plus tard l'ossification devient compacte et prend même jusqu'à un certain point l'aspect éburné.

Je ne finirai pas sans apprendre à l'Académie qu'une opération que j'ai récemment remise en pratique, la suture du périnée, a été faite une fois avec succès à Réthel, par M. Couvert; un autre succès a été obtenu en Italie. C'est de la chirurgie italienne que je m'occuperai la prochaine fois

LITHOTOMIE SUR UN VIEILLARD DE 84 ANS.

M. Souberbielle montre à l'Académie les débris d'un calcul qui paraît être formé d'acide urique et qu'il a retiré par la taille sus-pubienne, il y a deux jours, sur un vieillard de 84 ans. Le malade avait été sondé, il y a 40 ans, par Deschamps; il y a 18 ans, par M. Dupuytren; ainsi l'affection avait une date ancienne. Il était tellement maigre que je crus prudent, dit M. Souberbielle, de faire faire un pli à la peau pour pratiquer l'incision de la ligne blanche; faute de cette précaution il m'est arrivé une fois, sur un enfant fortement amaigri, d'aller jusqu'au péritoine, l'enfant ayant fait un mouvemen brusque pendant que je faisais marcher le couteau; et le péritoine fut ainsi percé. Ici, au moyen de la précaution indiquée, rien de semblable n'a eu lieu. La pierre était si volumineuse et la vessie tellement contractée autour d'elle que je ne pus faire usage de la sonde à dard, et que j'eus beaucoup de peine à écarter les parois de la vessie avec les doigts pour faire place aux tenettes. Celles-ci saisirent le calcul dans un diamètre si étendu qu'elles portaient un écartement de trois pouces et demi. Il se rompit heureusement; tous les fragmens furent extraits; ils pèsent cinq onces et demie. Je noterai aussi que la vessie était fortement portée du côté droit du bassin.

J'ai mis mon siphon en place ; le malade se trouve très-bien, n'a pas de soif et presque pas de fièvre. Tout fait présager un bon succès.

La séance est levée à 5 heures.

Séance du 11 novembre. — *Présidence de* M Boulay.

M. Carron du Villards adresse deux opuscules, l'un en français, l'autre en italien, et demande à être inscrit comme candidat à une place d'adjoint dans la section de pathologie chirurgicale ou dans celle de médecine opératoire. M. Andral père est chargé de rendre compte de l'opuscule italien.

M. Munaret de Michailles envoie un mémoire sur un nouvel appareil pour les fractures. Rapporteurs : MM. Roux et Velpeau.

DIMINUTION DES VACCINATIONS A PARIS.

A propos d'un article de correspondance touchant la diminution des vaccinations dans Paris, M. le président donne les détails suivans :

Le conseil d'administration du troisième arrondissement avait remarqué que le nombre des vaccinations gratuites dans cet arrondissement avait tellement diminué depuis trois années, que le chiffre atteint en 1833 ne s'élevait pas au quart du chiffre de 1831. On chercha à en déterminer la cause, et on crut la trouver dans la réduction de la prime accordée aux femmes qui apportaient des enfans à vacciner ; cette prime qui était de 5 fr. d'abord, n'est plus aujourd'hui que de 3 fr. ; et son insuffisance est tellement constatée à raison des courses obligées pour apporter les enfans, les rapporter pour constater leur vaccine, puis pour laisser recueillir du vaccin, que beaucoup de femmes ne sont pas revenues après la première, et ont ainsi préféré perdre leur prime. La réalité de cette cause a été constatée par le tableau du décroissement des vaccinations depuis 1831, dernière année où la prime de 5 fr. ait été payée.

Ainsi le chiffre de vaccinations en	1831 était de	1,056.
	en 1832	462.
	en 1833	251.

C'est ce tableau que le conseil d'administration du troisième arrondissement adresse à l'Académie, en l'invitant à provoquer la confection de tableaux semblables dans les autres arrondissemens.

M. Deleus. Déjà M. Fiard s'est livré aux mêmes recherches pour d'autres arrondissemens et il a obtenu des résultats analogues.

M. Villermé. Attendez qu'il survienne une bonne épidémie de petite vérole ; le chiffre des vaccinations s'accroîtra.

— M. Lodibert prend la parole à l'occasion du procès-verbal. Il rappelle que l'emploi du calorique appliqué à l'aide d'un instrument métallique trempé dans l'eau bouillante pour obtenir des vésicatoires, a été indiqué, avant M. Mayor, par un chirurgien militaire dont le nom nous échappe. Il trempait dans l'eau bouillante un bouton métallique, et l'appliquait sur la peau ; la cloche se levait tout de suite. Cette observation n'a pas été publiée à la vérité ; mais elle est dans les cartons du conseil de santé.

— M. Capuron lit un rapport sur une lettre du docteur Chailly, touchant la ligature du premier cordon ombilical dans l'accouchement de deux jumeaux.

L'auteur rapporte qu'étant appelé près d'une femme enceinte de deux enfans, il lia le cordon ombilical après la sortie du premier fœtus ; le second enfant vint presque aussitôt, sans obstacle, mais mort et dans un état exsangue. La délivrance se fit également peu attendre ; les deux placentas étaient réunis en une masse au centre de laquelle s'inséraient les deux cordons. Avec cette masse sortirent des caillots de sang nombreux et considérables ; la face utérine des placentas était toute couverte de sang coagulé.

Cette observation, dit M. le rapporteur, manque des détails nécessaires pour lui donner quelque valeur ; d'ailleurs quelle induction pourrait-on tirer d'un fait isolé ? M. Chailly l'a fait suivre de réflexions où il montre qu'il ne manque ni de logique ni de bon sens ; mais il est évident que ce travail pèche par défaut de solidité.

M. Le président. Je mets aux voix le rapport et ses conclusions. (Plusieurs voix : Mais il n'y en a pas. — Rire général.)

M. Capuron relit ses dernières phrases : c'est à l'Académie, ajoute-t-il, à y mettre d'autres conclusions si elle le juge nécessaire. Cependant il se laisse fléchir aux réclamations de ses collègues, et propose le dépôt aux archives et des remerciemens à l'auteur. — Adopté.

— M. Esquirol lit un rapport très-détaillé sur un ouvrage écrit en français par un médecin russe, et portant pour titre : *Considérations sur le traitement des aliénés.* Les deux pivots du traitement, selon l'auteur, sont un établissement bien organisé, et le travail bien dirigé des aliénés. Cet ouvrage, dit M. le rapporteur, sera très-utile pour la Russie, où les aliénés n'ont pas reçu encore jusqu'à présent les soins nécessaires ; l'auteur se recommande d'ailleurs par des travaux sur le choléra qu'il a étudié en Angleterre avec Delpech et dans les hôpitaux de Paris. Je propose donc de déposer son livre à la bibliothèque de l'Académie, d'adresser des remerciemens à l'auteur, et de l'inscrire sur la liste des candidats aux places de correspondans étrangers.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

M. Lepelletier du Mans a la parole pour la lecture du mémoire suivant.

Mémoire sur une luxation de l'humérus en bas et en dehors dans la fosse sous épineuse : réduction après quarante-cinq jours : guérison parfaite ; par M. Lepelletier du Mans.

La luxation de l'humérus en bas et en dehors, dans la fosse sous-épineuse, à peine admise à l'époque où Boyer écrivait son grand ouvrage, n'est regardée comme possible par ce savant pathologiste qu'autant qu'une grande inclinaison en dehors de la cavité glénoïde y prédispose sensiblement. Il avait vu ce vice de conformation sur le cadavre ; et il l'avait admis sur le vivant dans le cas de luxation en bas

et en dehors observé par M. Fizeau, d'après la grande facilité avec laquelle on réproduisait le déplacement.

Desault n'avait point vu cette luxation ; et les faits observés par sir A Cooper, Physick, Coley, Toulmin et quelques autres, sont tellement incomplets sous le rapport des symptômes, que les descriptions générales qui ont été tracées de cette luxation semblent plutôt de pures inductions de la théorie que des résultats de l'observation. M. Lepelletier rapporte ici la liste des symptômes mentionnés par Boyer, sir A. Cooper, Manne de Toulon, Roche et Sanson, et récemment par M. Sédillot ; puis il passe au récit de sa propre observation.

Obs. — M. Beucher, âgé de 45 ans, forte constitution, fibre musculaire sèche, fait le 4 juillet 1834, une chute dont il ne se rappelle pas bien les circonstances ; il paraît seulement que l'effort de la chute fut concentré sur l'épaule et le bras droits. Immédiatement après, douleur, déformation du membre, impossibilité d'exécuter les mouvemens du bras. Un rebouteur est appelé, fait des tractions inutiles durant plus d'une heure, et finit par déclarer au malade qu'il restera estropié. Ce ne fut que le 18 août, 45 jours après l'accident, que M. Beucher consulta M. Lepelletier conjointement avec le docteur Bachelier, médecin très-distingué du Mans. Il présentait les symptômes suivans.

Inclinaison prononcée de la tête à droite ; déformation peu marquée de l'épaule de ce côté, agrandie cependant dans son étendue transversale ; le deltoïde était très-peu aplati et l'acromion à peine saillant ; l'humérus offrait une obliquité notable de haut en bas et d'arrière en avant ; et le membre demi fléchi était entraîné tout entier dans cette direction. En conservant cette obliquité le coude pouvait se rapprocher du tronc ; mais ce rapprochement était impossible si l'on ramenait le membre dans une direction parallèle à celle du tronc. Le bras mesuré de l'acromion au coude offrait un allongement de 9 lignes. On voyait une tumeur dure, arrondie, vers la partie supérieure et externe de la fosse sous-épineuse, dans la direction de l'humérus ; tandis que l'aisselle était vide. L'épaule était aplatie en avant ; et vers le milieu de cette dépression s'apercevait à l'œil, mais surtout au toucher, une saillie située sous l'extrémité scapulaire de la clavicule, et formée par l'apophyse coracoïde. L'omoplate suivait les mouvemens de l'humérus auquel elle semblait fixée ; toutefois les mouvemens du bras en avant étaient libres, tandis qu'en arrière ils étaient douloureux et difficiles ; et il était impossible de porter la main sur la tête.

La luxation reconnue, on procéda à la réduction. L'extension verticale indiquée par White et Mothe de Lyon, et que M. Malgaigne a le premier bien raisonnée en lui donnant une valeur positive, ne réussit pas. On fit donc l'extension horizontale, à l'aide de lacs fixés au poignet et tirés par trois aides intelligens ; les tractions furent faites d'abord en avant et en bas, puis horizontalement et en dehors, tandis que le chirurgien portant son avant-bras gauche sous le bras luxé, le plus près possible de l'aisselle, et saisissant le coude de la main droite, imprimait un mouvement de bascule à l'humérus de manière à élever la tête de cet os. L'humérus céda et la réduction fut opérée immédiatement, sans aucun bruit ; tous les symptômes de la luxation disparurent ; l'épaule reprit sa forme normale et le bras la liberté de ses mouvemens. Les chirurgiens purent s'assurer alors que l'omoplate ne présentait ni de ce côté ni du côté sain aucun vice de conformation propre à favoriser la luxation en dehors.

Dans la joie de sa guérison, le malade voulant montrer aux assistans les changemens effectués dans son membre, fit un grand mouvement du bras en avant et reproduisit la luxation. M. Lepelletier parvint seul à la réduire de nouveau, presque sans effort, par la manœuvre indiquée. Pour prévenir tout danger de récidive, on maintint l'humérus en place à l'aide d'un bandage qui portait son extrémité scapulaire en avant et le coude en arrière. Quelques précautions de régime et des fomentations sur l'épaule avec l'eau de Goulard empêchèrent l'inflammation de se développer ; et après 20 jours d'appareil, le membre fut rendu par degrés à tous ses mouvemens. Le 10 octobre, 54e jour après la réduction, il était absolument dans l'état normal.

L'auteur déduit de ce fait les conclusions qui suivent :

1° La réalité de la luxation en dehors sans aucun vice de conformation de l'omoplate ;

2° Le vague et l'insuffisance des symptômes donnés par les auteurs ;

3° La réunion des symptômes par lui reconnus pour fonder d'une manière fixe et précise le diagnostic de cette luxation ;

4° Parmi ces symptômes les principaux sont : l'aplatissement peu marqué du deltoïde et le peu de saillie de l'acromion ; — l'allongement du membre ; — le rapprochement du coude vers le tronc dans l'obliquité de l'humérus en avant ; — la tumeur formée par la tête de l'os ; — l'aplatissement de l'épaule en devant et la saillie formée par l'apophyse coracoïde ; ce signe n'a été indiqué que par Manne et par M. Sédillot ; et le chirurgien instruit qui a vu le malade avec M. Lepelletier, ne sachant d'abord à quelle cause attribuer cette saillie, craignait qu'il n'y eût complication de fracture.

5° Cette luxation peut être réduite comme celle en dedans après un espace de 45 jours ;

6° Enfin l'extension verticale semble moins applicable à cette sorte de luxation qu'aux luxations en dedans, pour lesquelles M. Lepelletier l'a employée plusieurs fois avec un grand succès ; mais il ajoute qu'un fait unique lui paraît insuffisant pour établir une règle générale (1).

Ce travail étant d'un correspondant de l'Académie ne peut faire l'objet d'un rapport ; il est renvoyé au comité de publication.

— M. Roux, attendu l'heure avancée, remet sa seconde communication à la séance prochaine ; il aura la parole immédiatement après la lecture du procès-verbal.

---

(1) Nous ajouterons à cette réflexion de M. Lepelletier, que l'expérience a convaincu M. Malgaigne lui-même que l'extension verticale ne réussit pas aussi bien dans les luxations anciennes que dans les luxations récentes ; les adhérences contractées et déjà solides exigent un autre procédé. Au reste, nous publierons prochainement sur cette importante matière un travail complet de notre collaborateur. *N. du R.*

La séance est terminée par un rapport de la commission des remèdes secrets, qui ne présente rien d'important à noter. Tous ces prétendus remèdes nouveaux ne sont ni efficaces, et sont rejetés l'un après l'autre sur les conclusions de la commission.

Séance du 11 novembre. — *Présidence de* M. Boulay.

Une lettre ministérielle invite l'Académie à s'occuper sous le plus bref délai de la question de la gélatine, et notamment d'un travail de M. Gannal sur ce sujet. — On nomme une commission composée de MM. Bailly, Gasc, Planche, Adelon, Guéneau, Émery.

— M. Cornac demande la parole pour développer trois propositions. La première a trait à la nomination d'un membre adjoint. L'Académie ne peut procéder à cette nomination qu'après trois extinctions; du moins après ces extinctions ne faudrait-il pas encore prolonger le temps que les candidats ont déjà perdu à attendre. Il y a plus de quatre mois qu'une commission a été nommée pour déterminer dans quelle section de l'Académie se ferait la nomination prochaine. M. Cornac demande que cette commission fasse son rapport dans la première séance.

La seconde proposition concerne la réimpression de l'*Annuaire de l'Académie*. M. Cornac demande qu'on y insère l'ordonnance qui a donné de nouvelles prérogatives aux adjoints; et comme cette ordonnance se trouve en désaccord avec quelques articles du réglement, que ces articles subissent avant l'impression les modifications nécessaires.

Enfin, il est urgent de terminer le rapport sur la réorganisation médicale, afin de l'envoyer au gouvernement. (Bruit.) Ce n'est pas, ajoute l'honorable membre, que j'espère beaucoup de l'influence de l'Académie; mais nous aurons suivi la marche que nous devions suivre. *Fais ce que dois, advienne que pourra.*

M. le Président. M. P. Dubois, chargé du rapport de la commission des adjoints, sera invité à s'en occuper sans délai. Quant aux autres propositions, le conseil d'administration y avisera.

— M. Villeneuve fait un rapport au nom de la commission de statistique, qui ne présente pas d'intérêt.

Expériences sur l'irritabilité du coeur, par M. Castel.

L'oreillette droite et le ventricule droit meurent les derniers, c'est-à-dire qu'ils présentent encore des battemens quand déjà les autres parties du cœur sont dans une complète immobilité. On a dû rechercher la cause de ce phénomène, et les deux théories qui ont rallié le plus de partisans sont celles d'une plus grande irritabilité dans la partie droite du cœur, ou de la stimulation apportée par le sang veineux, qui abonde encore à l'oreillette droite tandis que le sang pulmonaire n'arrive plus à l'oreillette de l'autre côté.

Haller s'est déclaré pour cette dernière opinion. M. Castel examine les expériences alléguées par ce grand physiologiste, et ne trouve pas qu'elles démontrent suffisamment les corollaires que Haller en a tirés. Comme jusqu'à présent l'autorité de Haller a prévalu, on voit que la question demandait un nouvel examen et de nouvelles expériences. Voici celles que l'auteur a tentées.

Exp. I. — On mit à découvert le cœur et les poumons d'un chien vivant, sans les enlever de la poitrine ni détruire leurs rapports. Le cœur se contractait avec une égale force à droite et à gauche; mais après un court espace de temps, les mouvemens du cœur droit demeurèrent plus apparens, et finirent même par persister seuls durant quelques minutes. Lorsqu'enfin ils eurent cessé à leur tour, on irrita les deux côtés du cœur avec une aiguille, la pointe d'un scalpel, l'ammoniaque, le nitrate d'argent, etc. Les mouvemens se reproduisirent des deux côtés, mais plus forts et plus durables à droite qu'à gauche.

Exp. II. — On ouvrit la poitrine d'un chien : le cœur fut séparé des gros vaisseaux, vidé de tout le sang qu'il contenait, et placé sur une table; ses mouvemens cessèrent en peu de temps. On exerça sur les deux côtés les stimulations déjà indiquées; les contractions reparurent à droite et à gauche, d'abord avec une égale force, puis plus apparentes à droite, à mesure que le cœur se refroidissait; et enfin, à stimulations égales, le cœur gauche cessa de battre plutôt que le cœur droit.

Ces expériences, ajoute l'auteur, ont été souvent répétées avec tout le soin et l'exactitude nécessaires; elles ont eu pour témoins un grand nombre de médecins et d'élèves; et enfin M. Amussat, qui avait bien voulu me prêter son amphithéâtre, a eu également la complaisance de m'aider de son habitude et de ses conseils. Elles prouvent que, quand le sang n'apporte plus la stimulation nécessaire pour exciter les contractions du cœur, d'autres stimulans peuvent le suppléer, et qu'ils exercent une action plus forte sur l'oreillette et le ventricule droit; que l'irritabilité est donc plus grande de ce côté que de l'autre, conséquence qu'on aurait pu prévoir par la théorie, plus d'irritabilité y étant nécessaire à raison de la moindre stimulation qu'exerce le sang veineux.

Il n'y a rien dans la nature de plus beau et de plus admirable que ces rapports entre la structure de nos organes et leurs fonctions. Bichat, qui a adopté l'opinion de Haller, n'a pas assez tenu compte de cette différence d'excitabilité entre la moitié droite et la moitié gauche du cœur. Mais ce qui est plus étonnant, c'est que cette différence n'avait point échappé à Haller; il la mentionne formellement comme une chose constatée, et l'on ne sait pourquoi il a cru devoir chercher à la plus grande durée des contractions du cœur droit une cause différente, et pourquoi il a été si timide à tirer les conséquences d'un fait qu'il n'avait pas méconnu.

Je releverai une autre erreur de Haller : il affirme dans un endroit que l'irritabilité musculaire ne dépend point des nerfs, et ailleurs il reconnaît que la contractilité des muscles, qui n'est autre chose que leur irritabilité, est directement sous l'influence des nerfs. Il y a là une évidente contradiction. Pour moi, c'est la seconde assertion qui me paraît incontestable : les fibres ne peuvent rien sans les nerfs, de même que les nerfs sans le cerveau. Cette irritabilité, donnée comme une force vitale, n'est donc, à proprement parler, qu'une des fonctions du cerveau.

Ceci admis, il s'ensuit que l'irritabilité doit être plus forte là où les nerfs sont plus nombreux; et il était donc probable que le cœur droit devait recevoir plus de nerfs que le cœur gauche. Tout fait anatomique doit tomber sous les yeux.

Nous avons donc cherché deux fois déjà, M. Amussat et moi, à constater ce rapport des nerfs avec les deux moitiés du cœur : nous n'avons pas eu jusqu'ici de résultats satisfaisans. Mais nous continuerons jusqu'à démonstration parfaite, et j'en prends l'engagement devant l'Académie.

M. Villermé. M. Castel nous dit qu'il a répété *souvent* ses expériences ; mais combien de fois ? Cela est essentiel à savoir. En pareil cas ce n'est pas trop que d'avoir une centaine de faits. Si vous n'avez que neuf ou dix expériences, le hasard peut vous avoir donné ces résultats.

M. Castel. Il n'y a pas de hasard dans la nature : ce que l'on nomme ainsi tient à la présence de circonstances dont on n'a pas tenu compte. Or, nous avons cherché autant qu'il est possible à écarter toute cause d'erreur ; nous avons mis les deux côtés du cœur dans des positions semblables ; nous avons appliqué les mêmes stimulans, dans le même temps, à la même dose ; enfin j'a dit que les expériences ont été souvent répétées, et qu'elles ont toujours donné les mêmes résultats.

M. H. Cloquet. Je dirai, à l'appui des prévisions de M. Castel, qu'il est très-positif que le nombre des nerfs est plus considérable dans la moitié droite du cœur que dans la moitié gauche, non pas que les troncs qui s'y rendent soient plus gros, mais les branches sont plus nombreuses. Ainsi, on trouve huit ou dix branches à droite, et seulement cinq ou six à gauche. Je l'ai observé bien des fois, et si ma mémoire ne me trompe, ce fait avait déjà été noté par Scarpa et par Walther de Berlin.

VOYAGE CHIRURGICAL DE M. ROUX. — II. *Italie.*

Lorsque j'ai entretenu l'Académie de la Suisse, dit M. Roux, j'avais peu de sujets à traiter, et j'ai pu en parler à peu près comme je les avais observés, l'un après l'autre ; mais pour l'Italie, le nombre des faits se multiplie tellement, que pour mettre quelque ordre dans cette communication, il m'a paru nécessaire de diviser ce que j'avais à dire sous ces trois titres : 1° institutions publiques ; 2° personnel médical et chirurgical ; 3° faits et observations. Je ne m'occuperai aujourd'hui que des institutions. Je rappellerai d'ailleurs que je ne puis parler que du nord de l'Italie, où se sont bornées mes excursions ; ainsi j'ai vu Milan, Pavie, Padoue, Venise, Brescia, Florence, etc. ; mais Rome et Naples n'étaient point entrées dans le plan de mon voyage, et sont restées en dehors de mes observations.

Les institutions publiques sont les Académies, les universités et les hôpitaux. Les Académies étaient en vacance, et je n'ai donc assisté à aucune de leurs séances. Je ne sais si j'y ai beaucoup perdu. Non pas que je veuille faire la critique des corps académiques dans cette Académie, dont moi-même je suis membre ; mais je doute que deux ou trois séances d'une Académie, même de la nôtre, en puissent apprendre beaucoup à un étranger sur l'état de la science dans un pays.

Nous n'avons en France qu'une seule université pour tout le royaume, qui tient sous ses lois toutes les Académies et toutes les Facultés. Il en est autrement en Italie. Là, non-seulement chaque petit état possède son université ; mais dans quelques états il en existe plusieurs complément indépendantes les unes des autres. Ainsi, le royaume lombardo-Vénitien en compte deux : Padoue et Pavie ; les États-Romains en ont sept, dont les deux principales sont à Rome et à Bologne. Il y en a deux en Toscane : Pise et Sienne, sans compter un centre d'instruction à Florence tellement florissant, qu'il peut compter pour une troisième université. Il y a même un tel désaccord ici entre les mots et les choses, que les docteurs reçus à Sienne, où les moyens d'instruction sont beaucoup plus limités, sont obligés de passer deux années à Florence avant d'obtenir le droit d'exercer. Ainsi, la ville universitaire se trouve par le fait inférieure à la ville qui ne l'est pas.

Chacune de ces universités possède un enseignement complet ; elles ont toutes quatre facultés, dont une pour la médecine. Les facultés de médecine diffèrent principalement des nôtres en ce qu'elles comprennent aussi la pharmacie. Les principales et les plus renommées sont celles de Pavie, où a si long-temps brillé Scarpa ; et de Padoue, qui inscrit avec orgueil parmi les noms de ses professeurs Morgagni et Fabrice d'Aquapendente. Il y a quelques années que Bologne rivalisait avec ces deux Facultés, soit pour le nombre des étudians, soit pour la force des études ; mais les agitations politiques ont entraîné des mesures désastreuses pour cette ancienne splendeur. On a démembré l'université, dont la moitié a été transportée à Ferrare ; de plus, il est défendu d'y recevoir des étudians étrangers. Au reste, les plus grandes de ces Facultés ne comptent pas au-delà de 4 à 500 élèves ; et la seule Faculté de Paris l'emporte sous ce rapport sur toutes les Facultés réunies d'Italie.

L'enseignement y est assis à peu près sur les mêmes bases que chez nous. Quelques parties de l'enseignement y manquent ; ainsi elles n'ont pas de cours d'hygiène, ni de pathologie et de thérapeutique générales. En revanche, elles en possèdent d'autres que nous n'avons pas ; ainsi, depuis long-temps, Pavie se vante d'une clinique d'accouchemens dont la Faculté de Paris a été privée jusqu'à cette année. Plusieurs Facultés offrent aussi une chaire spéciale que je verrais avec peine introduire dans notre enseignement : je veux parler de l'ophthalmologie. Cette importation est d'origine étrangère, même en Italie. Depuis que la Lombardie est tombée au pouvoir de l'Autriche, un grand nombre de médecins italiens vont terminer leurs études à Vienne. Or, depuis quelque temps, à quelque cause qu'on veuille l'attribuer, l'Autriche n'a pas eu de grands chirurgiens, ou du moins de ces noms qui se rattachent à quelque progrès de l'art, et se répandent ainsi parmi les savans de l'Europe. Dans cette pénurie de la chirurgie en général, un homme que nous connaissons tous, Boer, est venu donner un élan vigoureux à l'ophthalmologie. Il a su exciter pour cette branche de l'art une sorte d'enthousiasme que les médecins italiens, ses élèves, ont rapporté et propagé dans leur patrie. J'avais depuis long-temps une sorte de prévention contre ces chaires spéciales ; en les voyant de près, mon aversion a plutôt augmenté que diminué.

Les cours ne se font point comme chez nous : chaque professeur reçoit au commencement de l'année un texte qui doit servir à ses leçons ; c'est le plus souvent un ouvrage sur la matière qu'il traite, et sur lequel il doit se diriger. Sont-ils limités à commenter ce texte ? C'est ce que j'ignore ;

mais ce serait, à mon sens, une très-mauvaise mesure. Il est bon, pour les progrès de l'art, que le professeur tire ses leçons de soi-même, et mette en avant sa propre expérience et ses idées personnelles. Au reste, si comme chirurgiens, nous blâmons cette manière de faire, comme Français, notre orgueil national y trouve son compte; en effet, pour plusieurs chaires, les ouvrages qui servent de texte sont des ouvrages français.

On reçoit dans ces Facultés trois classes de praticiens : les docteurs en médecine, les maîtres en chirurgie, et les petits chirurgiens, institution qui répond à celle de nos officiers de santé. On exige des premiers cinq années d'études; des seconds, quatre années; et des autres, trois années seulement.

Toutes les villes scientifiques en Italie sont pourvues de collections magnifiques bien entretenues, et d'autant plus riches et plus complètes qu'elles appartiennent à une université tout entière et non pas seulement à une simple Faculté. L'anatomie, la physique, et jusqu'à la théologie y trouvent leur place. Les plus belles que j'aie vues sont celles de Bologne et de Florence. Du reste chaque cabinet brille par un genre spécial de beauté. Le cabinet de Pavie est surtout remarquable par ses préparations d'anatomie humaine; Florence l'emporte par ses pièces d'anatomie en cire, qu'il faut voir pour avoir une idée de leur perfection, et où l'anatomie se trouve représentée jusque dans ses plus minutieux détails. Cela est d'autant plus remarquable que cette anatomie artificielle est peut-être moins nécessaire en Italie qu'en France. Là en effet les études anatomiques ont toujours été extrêmement favorisées; tandis qu'à Paris on a fermé les hôpitaux à l'anatomie, en Italie chaque hôpital a son amphithéâtre où l'on dissèque. Je sais bien qu'on peut alléguer le petit nombre des étudians dans chaque Faculté italienne, qui exige conséquemment bien moins de cadavres qu'une Faculté comme celle de Paris; mais il ne faut pas perdre de vue que toutes ces Facultés siégent dans des villes proportionnellement beaucoup moins populeuses, et qu'elles ont même besoin de plus de précautions que nous pour ne pas manquer de sujets. Un réglement qui m'a paru excellent et que nous ferions bien d'imiter peut-être, défend les dissections aux élèves de première année; ils regardent seulement disséquer leurs camarades plus avancés, auxquels seuls on délivre des cadavres.

Florence se distingue encore par son cabinet de physique, tout-à-fait digne d'une ville qui a été le berceau de la physique moderne. On y conserve les instrumens dont se sont servis Galilée et Torricelli; et l'on songe même à établir pour cette collection précieuse un musée spécial distinct du cabinet de physique général.

C'est une chose dont j'ai été partout vivement ému que ce soin religieux que l'on prend en Italie de perpétuer et d'honorer la mémoire des hommes qui ont bien mérité de la science. Les grands médecins de l'Italie revivent aux yeux du public par les images, les statues, les inscriptions, les monumens. Chaque ville conserve ainsi le souvenir des professeur qui l'ont illustrée; Padoue a rendu de ces honneurs à Morgagni et à Fabrice d'Aquapendente; Pise à Vacca-Berlinghieri; Pavie à Scarpa, etc.

Peut-être même va-t-on quelquefois trop loin. Je ne pourrais rendre le sentiment de peine que j'ai éprouvé à voir conservée à Pavie la tête entière de Scarpa qui, n'ayant pas encore été convenablement préparée pour être mise sous verre, demeure en macération, mêlée avec d'autres pièces anatomiques dans un baquet d'alcool. On est flatté sans doute de voir revivre sur la pièce elle-même les traits de ce savant et illustre vieillard; mais il y a toutefois à cette préparation étrange une sorte de profanation qui devait être évitée.

On m'a cité une particularité de l'autopsie de Scarpa qui mérite d'être notée. On sait qu'il est mort à 84 ans, jouissant de toutes ses facultés intellectuelles, si ce n'est qu'il avait perdu la mémoire des noms propres. Le cadavre a été examiné avec soin; la tête même a été ouverte, et l'on a trouvé une altération assez profonde de l'un des corps striés.

Je passe maintenant aux hôpitaux, qui sont tenus au moins avec autant de soins qu'en France. Toutefois, quant au régime et à l'administration, ils présentent avec les nôtres quelques contrastes que je vais indiquer, en m'abstenant toutefois, pour des raisons que l'on comprendra facilement, de décider où est le bien et où est le mieux.

Presque tous les hôpitaux d'Italie ont été construits pour le but qu'ils remplissent actuellement; aussi la disposition en a été avantageusement combinée; les salles sont vastes, bien aérées, très-élevées, bien disposées pour la surveillance. J'en excepterai cependant les salles de chirurgie, qui sont généralement plus petites et beaucoup moins bien tenues. Quelques-uns de ces hôpitaux sont même remarquables par une sorte de luxe; il y en a qu'on peut dire jolis, d'autres qui sont véritablement très-beaux. Celui de Milan n'a peut-être pas son pareil pour le grandiose de son architecture et la magnificence de ses salles. Il peut recevoir 1, 800 malades sans qu'on y voie aucune trace d'encombrement.

Nous n'avons à Paris que des salles communes pour les malades; en Italie, chaque hôpital a en outre des chambres particulières où l'on reçoit les malades qui peuvent payer cette sorte de privilége. Ceci pourrait être imité sans inconvénient.

Il n'existe plus chez nous de hiérarchie médicale; les chirurgiens en chef ont même disparu. Au contraire, la hiérarchie est partout en Italie; chaque hôpital a médecins, adjoints et assistans, subordonnés les uns aux autres. Il y a également un chef pour le service chirurgical; ou si ce titre manque dans l'hôpital, c'est le professeur de clinique qui en remplit de droit les fonctions. Dans toutes les occasions graves, les chefs se rassemblent en consultation, présidés par le médecin en chef, intendant ou directeur de l'hôpital. J'ai assisté à ces consultations, et j'ai même été invité à donner mon avis. C'est une chose qui me paraîtrait bonne à importer parmi nous.

Il est assez remarquable qu'en France, où les congrégations monastiques sont supprimées, les sœurs de charité sont regardées comme indispensables au service de nos hôpitaux, et jouissent même d'une certaine autorité; tandis que dans l'Italie, peuplée de moines et de couvens, il n'existe pas une seule religieuse d'hôpital. Le service des femmes seulement est fait par des sœurs qui ne prononcent pas de vœux et qui ne possèdent aucun pouvoir.

Chez nous, l'autorité dans les hôpitaux est remise en plusieurs mains, et de là naissent des empiétemens et des rivalités inévitables. Dans toute l'Italie, les hôpitaux sont organisés de manière que dans chacun d'eux existe une autorité unique, générale, imprimant à tout la direction et le mouvement. Cette autorité est dévolue à un médecin sous le titre de directeur, d'intendant ou surintendant. On investit d'ordinaire de ces fonctions des praticiens de première classe auxquels l'âge ne permet plus de continuer leur service. La plupart se sont distingués par leur mérite; ainsi à Pavie, à Milan, à Padoue, cette place est remplie par un des professeurs de l'université.

Je m'arrêterai là pour cette fois. Dans la prochaine communication, j'entretiendrai l'Académie des hommes et des choses.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 25 novembre. — *Présidence* de M. Lisfranc.

Le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie un arrêté pris par le conseil de l'instruction publique dans sa séance du 21 novembre, d'après une lettre du conseil de l'Académie touchant les inconvéniens que présente le choix des juges et des suppléans pour les concours de la Faculté. Cet arrêté contient les trois articles suivans :

Art. I. A l'avenir, pour chaque concours qui sera ouvert pour une chaire vacante à la Faculté de Paris, il sera fait une liste extraordinaire de dix membres, pris indistinctement parmi toutes les sections de l'Académie.

Art. II. Cette liste sera formée en une ou en plusieurs séances successives, par autant de scrutins secrets qu'il y aura de membres à nommer.

Art. III. Le sort désignera dans cette liste les quatre juges et le suppléant qui feront partie du jury du concours.

— M. Devergie, candidat à la place vacante de membre titulaire dans la section de médecine opératoire, écrit à l'Académie que, reconnaissant la supériorité des titres de deux de ses compétiteurs, il se désiste pour cette fois de sa candidature.

NERFS DU COEUR.

M. H. Cloquet demande la parole à l'occasion du procès-verbal. J'ai dit hier, dit l'honorable membre, que Walther de Berlin avait démontré que la moitié droite du cœur reçoit une quantité de nerfs plus considérable que la moitié gauche. Et en effet, j'ai retrouvé dans des notes prises lors de mon voyage à Berlin la preuve de ce que j'avais avancé. J'ai constaté sur des pièces anatomiques conservées au musée de Berlin, qu'il se rend deux ou trois fois plus de filets nerveux à la moitié droite du cœur qu'à son autre moitié. Je ne sais si dans son ouvrage Walther a fait remarquer ce résultat.

M. Castel. J'ai dû aussi m'assurer d'un fait aussi important et sur lequel l'assertion de M. H. Cloquet me laissait à peine quelque doute, mais ma sécurité n'a pas duré longtemps; elle s'est évanouie à la Bibliothèque. J'ai examiné avec soin les planches de Walther, qui ont rapport à la distribution du grand sympathique, et laissent de côté la névrologie du cœur. Déjà avant de communiquer à l'Académie le résultat de nos expériences, nous avions, M. Amussat et moi, consulté les planches de Lower, de Vieussens, de Caldani, de M. Cloquet; et ces recherches n'ayant pas suffisamment justifié nos prévisions, nous avions senti la nécessité de faire une pièce anatomique qui levât toute espèce de doute. J'ai depuis lors consulté les planches de Scarpa, et bien qu'elles semblent d'abord plus favorables à mon opinion que les autres, on ne saurait cependant en rien conclure de certain. Nulle part donc, ni sur aucune planche, ni dans aucun texte, je n'ai trouvé démontré ni adopté ce fait si simple et si important à la fois, que le cœur, a plus de nerfs à droite qu'à gauche. Il y a plus, c'est que Sœmmering a fait soutenir par un de ses élèves, il n'y a pas encore bien long-temps, une thèse dont la conclusion est que les nerfs du cœur ne font qu'accompagner les vaisseaux et ne vont point au tissu même de cet organe, et qui explique, selon l'auteur, son peu de sensibilité. C'est même cette thèse qui a été l'origine des travaux de Scarpa sur le même sujet, pour arriver à des conclusions tout opposées. Du reste, je ne dis point ceci pour réclamer une vaine priorité, car il importe peu que ce soit moi ou un autre qui constate ce fait; l'important est qu'il soit bien constaté. J'appelle donc tous mes confrères à diriger en même temps que moi leurs recherches de ce côté.

LOCALISATION DE LA MÉMOIRE DES NOMS DANS LE CERVEAU.

M. Rochoux. Les crânologistes ont bien assez de leurs propres erreurs, sans qu'on leur tende des piéges, pour ainsi dire, pour les faire tomber en d'autres. Or, il semblerait résulter d'un passage de la communication faite par M. Roux dans la dernière séance, au sujet de l'autopsie de Scarpa, qu'il y a quelque rapport entre la mémoire des noms propres et les corps striés. Je ferai remarquer qu'une semblable assertion serait plus douteuse. Dans une foule d'autopsies on a trouvé les corps striés altérés, quoique la mémoire des noms propres eût été conservée pendant la vie. Dans d'autres cas où cette mémoire avait été perdue, ils ont été trouvés parfaitement sains.

M. Castel. J'avais dessein de faire quelques observations sur le même sujet. Je ne pense pas que l'oblitération partielle de la mémoire, celle surtout qui se rattache aux noms propres, puisse être regardée comme dépendant d'une lésion locale du cerveau. Toutes les fois que la mémoire baisse, ce sont les noms propres qui s'oublient les premiers; et cela se conçoit aisément; ils rappellent moins de rapports et laissent moins de traces dans l'intelligence que les noms qualificatifs. J'ai cité moi-même, dans une discussion semblable, l'exemple de Broussonet, qui ne pouvait plus se souvenir du nom de Bosc ni de Desfontaines, bien que ce dernier surtout fût pour lui un vieil ami; il disait en parlant de lui : *le bon, l'excellent, l'ami;* mais le nom lui échappait toujours. M. de Méran avait aussi perdu dans sa vieillesse la mémoire des noms.

S'ensuit-il cependant que le cerveau soit dépourvu de toute influence dans la production et la perte de la mémoire? En aucune manière. Mais quand la sensibilité cérébrale vient

à diminuer, par quelque cause que ce puisse être; la mémoire, qui est une portion de cette sensibilité, diminue également; et dans la mémoire, d'abord ce qu'elle a de plus puissant et de plus difficile à atteindre, le souvenir des noms propres, comme ceux qui offrent le moins de rapports.

M. Roux. Je réclame pour ma part contre l'interprétation qu'on a tirée de mes paroles. Je me suis borné à citer deux faits coïncidens, la perte de la mémoire des mots et l'altération du corps strié, mais sans prétendre établir entre eux aucun rapport de cause à effet; car il n'est pas démontré d'abord que les corps striés soient le siége de la mémoire; ensuite l'anatomie pathologique nous a trop appris combien il est périlleux de conclure du désordre des organes au désordre des fonctions, et réciproquement, et combien il y a souvent peu de rapport entre ces deux phénomènes.

M. Rochoux ajoute qu'il s'étonne que « le premier des chirurgiens du siècle le plus grand des anatomistes, l'homme qui n'a pas rencontré de supérieurs ni même d'égaux peut-être, » Scarpa enfin, soit mort sans que sa mémoire ait été dans l'Académie l'objet d'une seule mention et d'un seul regret. (Bruit et murmures)

M. Roux. Tous les amis de la science se sont affligés de la perte de Scarpa, et personne ne l'a regretté plus que nous.

COMPOSITION DU PROCHAIN FASCICULE DES MÉMOIRES.

M. Bousquet propose, au nom du comité de publication, de composer le prochain fascicule des travaux suivans :

1° Mémoire sur la structure du larynx, par M. Lauth de Strasbourg;

2° Mémoire sur l'oblitération des bronches, avec quatre planches, par M. Reynaud;

3° Mémoire sur l'imperforation de l'anus, par M. Roux de Brignolles;

4° Expériences sur l'arséniate de potasse, par M. Boulet;

5° Mémoire sur la somacétique, par M. Pravaz;

6° Mémoire sur une luxation de l'épaule en arrière réduite après un mois, par M. Lepelletier du Mans.

7° Mémoire sur la lithotritie, par M. Ségalas.

Adopté sans réclamations.

DE LA VARIOLE AUX COLONIES.

M. Kéraudren lit un rapport sur un mémoire de M. Follet touchant une épidémie de variole qui s'est déclarée à l'île Bourbon en février 1827. Depuis si longtemps cette affection ne s'était point montrée dans l'île, qu'on avait fini par négliger les précautions propres à la prévenir, et les colons ne faisaient plus guère vacciner que leurs enfans et négligeaient leurs esclaves. L'épidémie commença par attaquer quatre nègres, et elle sévit surtout avec fureur sur la population noire; la blanche ne fut cependant point épargnée. Des mesures sanitaires promptes et efficaces, et surtout la propagation active de la vaccine, entravèrent les progrès du fléau, qui cependant, après avoir paru s'apaiser en mai et juin, reprit vers la fin de ce mois une nouvelle violence avant de se dissiper complètement.

M. Rochoux fait ressortir un fait très-juste indiqué par M. Kéraudren dans son rapport; c'est que la variole est si rare dans l'île Bourbon, qu'elle semblerait tendre à en disparaître complétement, si elle n'y était réimportée d'Europe. Cette remarque ne s'applique pas seulement à cette île, mais à toutes les latitudes très-élevées et principalement aux régions voisines de l'équateur, où la variole tend à disparaître spontanément du pays.

M. le docteur Cancoin obtient un tour de faveur pour la lecture de la note suivante.

TRAITEMENT CURATIF DES AFFECTIONS CANCÉREUSES, PAR LA PATE PHAGÉDÉNIQUE DU DOCTEUR CANCOIN.

Tout le monde sait combien les affections cancéreuses sont rebelles et sujettes à récidive, soit qu'on les extirpe par le fer, soit qu'on cherche à les combattre par les caustiques. Il semble d'abord, dit M. Cancoin, que l'indication unique, lorsqu'on a recours à ces derniers, soit de détruire complétement les tissus malades, et qu'ainsi la guérison devra toujours suivre. L'expérience a cependant montré qu'il n'en est pas ainsi; et de tous les caustiques successivement employés, l'arsenic est le seul qui soit resté dans la pratique; le seul que des succès nombreux pourraient faire proclamer un remède héroïque, si son emploi n'exposait pas à tous les risques d'un empoisonnement. Il y a onze ans qu'un exemple fâcheux de ces déplorables résultats s'étant rencontré dans ma pratique, me fit renoncer à l'arsenic et chercher à lui substituer des moyens équivalens. Ce fut ainsi que je reconnus qu'il n'agissait pas seulement comme destructeur, mais aussi comme modificateur des tissus demeurés sous l'escarre, et que la plupart des autres caustiques manquaient de cette dernière action. Celui qui m'offrit les résultats les plus satisfaisans, fut d'abord le beurre d'antimoine; mais la difficulté de limiter exactement son application, et les douleurs intolérables qu'il suscite quand il est en contact avec une surface très-étendue, m'y firent encore renoncer.

Je cherchai parmi tous les caustiques que la chimie nous a fait connaître, une substance qui jouit de ces diverses propriétés, de détruire les tissus vivans avec énergie, d'agir sans trop de douleurs et sans danger d'absorption vénéneuse, et enfin de pouvoir être limitée dans son action à la surface et à la profondeur désirées. Le chlorure de zinc m'offrit tous ces avantages, et je commençai à l'employer dès 1824. Il faut qu'il soit bien sec, parfaitement anhydre; il attire fortement l'humidité de l'air, et alors il passe à l'état d'hydrochlorate et perd son énergie. Je l'appliquai d'abord en poudre fine; mais de cette manière il agissait trop peu; puis en gros grains, mais alors je ne pouvais plus ni prévoir ni limiter son action. Je parvins enfin à le combiner de manière à obtenir une pâte de consistance élastique, nullement sujette à se dessécher ni à tomber en déliquium, et enfin ne perdant par le laps de temps aucune de ses propriétés caustiques. Cette pâte, appliquée sur la peau, agit rigoureusement sur la surface qu'elle recouvre, à une profondeur proportionnée à sa force et à son épaisseur, et avec une telle précision, qu'entre une surface d'une demi-ligne et une surface de deux pouces, je peux parcourir tous les intermédiaires. (Mouvement marqué d'attention.) Seulement, comme elle est fort élastique, elle ne s'applique bien commodément que sur les surfaces planes; pour les surfaces creuses ou convexes, il a fallu la modifier. En y ajoutant une proportion

donnée de chlorure d'antimoine, je suis parvenu à lui communiquer la consistance d'une cire molle qu'elle conserve toujours, et qui rend son application toute simple en quelque région que ce soit. De ces diverses propriétés résulte un fait assez important, c'est que quand j'ai affaire à une tumeur hémisphérique, par exemple, la pâte mêlée de beurre d'antimoine s'applique parfaitement sur tous les points de la tumeur ; et en graduant la couche de pâte selon la profondeur des tissus à détruire, ainsi, en l'amincissant vers la circonférence de la tumeur, et en l'appliquant plus épaisse au centre, on peut en une seule fois détruire complétement toute la tumeur sans avoir besoin d'y revenir.

Dix années d'expérience m'ont démontré toute l'efficacité de cette pâte caustique contre le cancer, à part, bien entendu, les cas de diathèse cancéreuse ou de complications graves contre lesquelles les caustiques sont sans puissance. Je ne crois pas que personne se soit servi du chlorure de zinc avant moi ; j'ai appris seulement qu'en 1829 le professeur Hendt de Breslau en a fait mention en le vantant beaucoup. Du reste, la question de priorité m'intéresse peu ; la seule qui soit importante est celle de l'efficacité.

Ayant d'abord exercé long-temps en province, la plupart des succès que j'y ai obtenus n'auraient pas eu toute l'authenticité qu'on peut exiger pour les choses de cette nature. Depuis que je suis venu m'établir à Paris, j'ai eu diverses occasions d'employer ma pâte phagédénique, et je pourrais citer comme témoins de guérisons importantes plusieurs médecins distingués, membres de cette Académie ou d'autres sociétés savantes, MM. Hard, François, Naigeon, etc. Néanmoins, j'aurais voulu amasser une plus grande somme de faits avant d'en entretenir l'Académie ; mais des circonstances imprévues me forcent à prendre date par la lecture de cette note. Incessamment j'aurai l'honneur de communiquer à l'Académie un mémoire complet où je rendrai compte de la composition de ma pâte, du mode d'application et des résultats que j'en ai obtenus.

Une vive discussion suit cette lecture. Lorsque M. le président indique les membres qui seront chargés du rapport, M. Delens réclame avec force ; il n'y a pas lieu à nommer des commissaires, puisque la formule du remède demeure secrète. M. Maingault appuie M. Delens ; M. Duméril insiste sur le danger d'un précédent de cette nature. Qu'est-ce qu'on cherche avec une lecture semblable ? Tout bonnement un moyen de publicité, et l'on se servira du nom de l'Académie pour abuser le public. Je demande, poursuit l'honorable membre, que l'on n'admette point à l'avenir à la lecture publique des mémoires sur des remèdes dont on garde le secret.

M. Cancoin. J'avais annoncé que je lirais plus tard un mémoire complet sur ce nouveau remède ; mais si l'Académie le désire, je vais en indiquer la formule (Très-bien !)

M. Velpeau. Qu'on me permette cependant de faire observer que la conduite de M. Cancoin a été toute droite et toute naturelle. Depuis quelque temps, on fait grand bruit de cette pâte phagédénique ; elle paraît avoir des avantages réels ; mais comme l'auteur voulait attendre plus tard pour livrer son secret, plusieurs médecins témoins de ses succès, et M. Trousseau entre autres, lui ont dit : Nous le découvrirons. M. Trousseau s'est donc adressé à plusieurs chimistes pour savoir quel était le caustique avec lequel on pouvait former une pâte ayant telles et telles propriétés. Un de ces chimistes a indiqué le chlorure de zinc. M. Trousseau en a fait une pâte avec de la farine, et je tiens de lui qu'il l'a expérimentée à l'Hôtel-Dieu d'abord pour établir des cautères, puis pour combattre des affections cancéreuses, et qu'il a obtenu les mêmes résultats que M. Cancoin. Moi-même après cela j'ai formé le dessein d'essayer une pâte de ce genre ; M. Cancoin ne pouvait donc que chercher à prendre date pour sauver sa priorité, et d'ailleurs, il ne reste plus d'objections à lui adresser puisqu'il offre d'indiquer sa formule.

M. Cancoin. Voici les détails précis de toute cette affaire. Je ne suis en rapport avec M. Trousseau que depuis vingt-cinq jours seulement. M. Trousseau m'a dit : Confiez-moi votre secret ; j'ai répondu : Je vous le donnerai quand je vous connaîtrai davantage. Il a cherché à le découvrir de lui-même, et s'étant adressé par hasard à M. Robiquet, qui me fournit le chlorure de zinc dont j'ai besoin, M. Robiquet parut surpris de cette demande et lui dit : Jusqu'ici personne ne m'en a demandé pour un usage médical, à l'exception de M. Cancoin. La nature du caustique dont je me sers était donc reconnue ; M. Trousseau en a fait une pâte avec de la farine ; mais ses proportions ne sont pas les miennes, qu'il ne connaît pas ; et surtout je tiens particulièrement à la composition de ma seconde pâte, dans laquelle je fais entrer le beurre d'antimoine. (De toutes parts : La formule !)

La formule, la voici. J'ai d'abord des pâtes ordinaires de trois degrés d'activité ; puis la pâte antimoniale.

Pâte n° 1.

Prenez :	Farine,	2 parties.
	Chlorure de zinc,	1 —

Pâte n° 2.

Prenez :	Farine,	3 parties.
	Chlorure de zinc,	1 —

Pâte n° 3.

Prenez :	Farine,	4 parties
	Chlorure de zinc,	1 —

Je mélange le chlorure de zinc avec la farine, en ajoutant le moins d'eau possible, et je laisse la pâte exposée à l'air pour en attirer l'humidité et acquérir l'élasticité et la perfection convenables. L'addition du beurre d'antimoine se fait dans les proportions suivantes.

Pâte antimoniale.

Prenez :	Chlorure d'antimoine,	1 partie.
	— de zinc,	2 —

Et ajoutez à une quantité de farine variable selon la force que l'on veut communiquer à la pâte.

M. Duméril. Très-bien ; ce sont là des explications franches et précises dont l'Académie ne peut qu'être satisfaite.

M. le Président nomme pour faire un rapport sur la pâte de M. Cancoin, MM. Amussat, Sanson et Lisfranc.

INSTRUMENS PERFECTIONNÉS EN CAOUTCHOUC.

M. Hervez de Chegoin en son nom et au nom de M. Soubeiran lit un rapport sur des instrumens en caoutchouc pur fabriqués par M. Well. Ce sont des pessaires de diverses formes, des bandes, des chaussons, etc. Tous ces instrumens sont sans couture, le caoutchouc étant soudé bout à bout sans aucune substance intermédiaire. Ils contiennent ainsi de l'eau, de l'air, fort hermétiquement et sans danger d'issue; la commission a appris de M. Well qu'il a fabriqué une semelle double qu'on remplissait d'eau froide pour une personne qui souffrait d'une chaleur continue et intolérable à la plante des pieds; cette personne s'en trouva très-bien. La commission conclut que ces échantillons sont remarquables par le perfectionnement sur lequel l'auteur se fonde pour demander un brevet d'invention, et seront utiles à la chirurgie.

Une vive discussion succède à ce rapport. M. Villeneuve regarde comme un commérage peu digne de l'Académie cette histoire d'une semelle remplie d'eau froide; l'eau se serait bien vite réchauffée. Il demande la suppression de la phrase qui concerne ce fait. (Appuyé.)

M. Lodibert soutient que ces perfectionnemens prétendus regardent le comité des manufactures et nullement l'Académie. Comment l'Académie de médecine peut-elle savoir s'il y a perfectionnement dans l'emploi du caoutchouc? Ceci est de l'industrie toute pure.

M. Hervez. Mais cette industrie est appliquée à des instrumens de chirurgie.

M. Thillaye. J'ai eu ces instrumens sous les yeux pendant 15 jours, et j'ai déclaré que je ne me chargerais pas du rapport, parce que tous ces avantages prétendus sont imaginaires; que veut-on faire de bandes de gomme élastique qui se relâchent à la chaleur, et ne s'imbibent d'aucun liquide; en un mot qui ont une foule d'inconvénients?

M. Hervez. Il est en chirurgie des cas nombreux où l'on n'a besoin que d'une compression pure et simple, mais où il la faut molle et élastique. C'est pour ces cas que ces bandes serviront.

M. Duméril. Il y a long-temps que j'ai présenté à la société de médecine de la Faculté des bandes de caoutchouc préparées par M. Bretonneau. Il trempait des bouteilles de caoutchouc dans l'eau chaude; quand elles étaient ramollies, il les découpait en lanières avec un rasoir; puis les faisait passer à travers les laminoirs de plus en plus serrés. De cette manière il avait des bandes en caoutchouc pur, de largeur et d'épaisseur partout égales, conséquemment parfaitement élastiques et ne rompant point par le tiraillement. Il ne les appliquait point à la chirurgie; mais il s'en servait en agriculture, pour maintenir les greffes par exemple, et les enlever complétement au contact de l'air extérieur. Il n'y a pas là invention, mais application d'un procédé connu. Vous dites que dans les instrumens de M. Well le caoutchouc est soudé; cette soudure est on ne peut plus facile à obtenir, quand les bandes sont ramollies, à l'aide d'une suffisante pression. Et enfin ce n'est point à l'Académie à donner son avis sur les droits aux brevets d'invention.

M. Lodibert. On se sert en chimie depuis long-temps de la gomme élastique ramollie pour envelopper les luts. Je l'ai même vu appliquer sous forme de bandelettes dans la chirurgie. Un chirurgien prussien, après l'avivement du bec-de-lièvre, rapprochait les bords de l'incision avec une bande de caoutchouc collée aux légumens au moyen de colle de poisson, et soutenue par des bandes de toile ordinaire. Il n'y a donc pas là d'invention.

M. Guéneau de Mussy rappelle que d'ailleurs les brevets d'invention s'accordent à tous ceux qui veulent les payer, et ne prouvent rien quant à la propriété de celui qui en obtient.

Après quelques autres observations, la commission consent à rayer tout ce qui tient au brevet d'invention; mais elle persiste à voir là un perfectionnement. Les conclusions ainsi modifiées sont adoptées. Au moment où M. le président proclame cette décision, M. Lodibert en comprimant un des pessaires remplis d'air le fait éclater à l'endroit de la soudure avec un bruit très-éclatant. (On rit.)

— M. Amussat présente une pièce pathologique appartenant à un vieillard de 81 ans. Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

Séance levée à 5 heures et demie.

BULLETIN

MÉDICAL BELGE.

Journal

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE,

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES,
MEMBRE CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN,
DE ROUEN, DU DÉPARTEMENT DE L'EURE, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
D'ÉMULATION DE TOURNAY,
DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, ETC.

TOME PREMIER.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

TABLE DES MATIÈRES

DU PREMIER VOLUME,

AVEC LES NOMS DES AUTEURS QUI ONT COOPÉRÉ A LA RÉDACTION DU JOURNAL.

A.

ACCARAIN. 162 et 198.
Ammoniac (formation de l') , pendant la préparation du sulfure d'antimoine hydraté. 73.
Amputation inter-huméro-scapulaire. 21.
Amputation partielle du pied entre les os du tarse. 96.
Anatomie pathologique de M. Cruveilhier. (Analyse.) 36.
— des formes par le docteur Philippart. (Analyse.) 88.
Anévrysme de l'artère poplitée d'une étendue rare , guéri par la ligature. 127.
— de l'artère sous-clavière gauche , traité par la ligature pratiquée au-dessus de la clavicule. 158.
Angine laryngée, aiguë, œdémateuse. 19.
Angusture vraie et fausse (leurs caractères). 69.
Antimoniaux (leur emploi dans le traitement de la pneumonie). 189 et 213.
Appoplexie. 62.
Appareil de M. Nollet pour la formation de l'eau. 163.
Art de guérir (révision de la loi sur l'). 65.
— Projet de loi sur l'exercice de la médecine en Belgique. 112.

B.

Blessures par armes de guerre. 82.
Botanique médicale. 87.

C.

Calcul biliaire volumineux. 1.
Cancer aquatique des enfans. 129.
Caoutchouc (Notice sur le). 88.
CANSTATT. 141 et 174.
Cataracte congéniale. 32.
Chauve-souris vivante introduite dans l'estomac. 65.
Chimie organique, par Guillery. (Analyse.) 181.
Choléra. 44.
Cholériformes (affections). 120.
Congrès scientifiques de France. (Analyse.) 24.
Contagion. Voyez *Épidémies*.
Créosote. 9.
Croup (Mémoire sur le). 13.
Cystotomie pratiquée par la méthode recto-vésicale. 202.

D.

DECOURTRAY. 162 et 198.
DEKIRCKHOFF. 44.
DENEUBOURG. 3.
DUBOIS (F.). 97, 203 et 225.

E.

Épidémies (Considérations sur les maladies épidémiques et contagieuses). 121.

F.

FALLOT. 76, 93, 110, 180, 165.
FILLEUL (F. T.). 127.
Fluviatile (Nouvelle espèce de). 25.
FORGET. 21.
FROMONT (L.). 169.

G.

Gangrène spontanée (Observation de). 29.
Gastro-duodénite. 42.

H.

Hémorrhagie active (Nouvelle espèce d'). 34.
— utérine. 173.
Hépatite. 42.
HERBART (le major). 88.
Hernie crurale avec perforation de l'intestin, guérie par la compression. 3.
Histoire naturelle élémentaire des animaux, par M. Bombeke. (Analyse.) 138.
Homœopathie. 5, 9.
— (Anecdote sur l'). 11.
— (Lettre sur l'). 113.
— (Un mot sur l'). 162 et 198.
— (Observations pratiques sur l'). 221.
Hypertrophie d'une grande lèvre, guérie par l'ablation. 39.

I.

Ictère. 42.
Impôt sur les chevaux des médecins. 184.
Institut historique de France. 68 et 232.

K.

KICKX (J.). 69.

L.

LEJEUNE (A. L. S.). 34.
Législation médicale en vigueur en Belgique (Réflexions sur la). 76.
Lettre à un médecin de province. 185.
LEQUIME (J. E.). 33.
LEROY (J. G.). 5, 71, 73.
Ligature de l'artère sous-clavière. 120.

M.

MARCQ. 113.
MARINUS (J. C.). 40.
MARINUS (J. R). 1, 45 et 117.
Médicamens (Histoire naturelle des). 69.
Mélasse (sa réaction sur le deuto-chlorure de mercure). 71.
Métrorrhagie guérie par les antiphlogistiques. 22.

N.

NAEGHELS. 22, 42.

O.

Ophthalmie de l'armée, 9. — Mémoire sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge, par le docteur Marinus, 45. — Lettre de M. Vansevendonck au sujet du mémoire précédent, 116. — Réponse de M. Marinus, 117. — Des causes de l'ophthalmie de l'armée, par le docteur Van Honsebrouck (analyse), 137. — Réclamation de l'auteur de ce mémoire, 183. — Mémoire sur la cause qui entretient l'ophthalmie militaire, par le docteur Canstatt. 141. — Réflexions sur le mode de propagation de l'ophthalmie de l'armée, par M. Fromont, 169. — Extrait d'un mémoire de M. Jungken, sur l'ophthalmie, 178.

P.

Patente des médecins. 139.
Pétition des médecins belges, à la chambre des représentans. 28.
Philippart. 173.
Phrénopathies (Traité sur les), par le docteur Guislain. (Analyse.) 6.
Pierard (J.). 19.
Plaie de tête avec fracture du coronal. 37.
— avec dénudation considérable des os du crâne. 40.
Plantes officinales qui croissent sur le sol de la Belgique. 97.
Plantes vénéneuses qui croissent sur le sol de la Belgique. 204 et 225.
Pneumonie. Voyez *Antimoniaux*.
Polype osseux remplissant l'orbite, le sinus maxillaire et la narine du côté droit. 201.
Prix proposés par diverses sociétés savantes. 11, 36, 66, 67, 139, 140, 212.

R.

Refroidissement des extrémités dans les maladies graves. 60.
Réorganisation médicale. 10.
Répertoire général des sciences médicales. (Analyses.) 110 et 180.
Réplétion immodérée de l'estomac; congestion pulmonaire suffocante; perte de la voix, suspension de la faculté de parler. 165.
Responsabilité médicale. — Piqûre de l'artère dans une saignée du bras, 26. — Empoisonnement par le sublimé corrosif, délivré par erreur au lieu du calomel. 232.
Révaccinations. 9.
Richter (A. L.). 129.

S.

Sang (Recherches sur la couleur du). 174.
Segers (J. C.). 204.
Seutin. 29 et 158.
Sigart (J.). 60.
Sovet (A.). 184, 189 et 213.
Société des sciences, lettres et arts d'Anvers. — Son installation. 211.
Sphacèle du scrotum avec désorganisation des testicules. 39.

T.

Thunot (B.). 32, 37, 39, 96.
Tænia (Cure radicale du) par l'écorce de grenadier. 33.
Typhoïdes (fièvres) compliquées. 93.

U.

Utérus (Maladies de l'), par Mme Boivin et A. Dugès. (Analyse.) 24 et 65.

V.

Vaisseaux lymphatiques. (Analyse du mémoire de M. le professeur Fohmann.) 163.
Van Esschen (P.-J.). 121
Van Honsebrouck. 183.
Van Mons (CH.). 13.
Vansevendonck (M.). 116.
Van Swygenhoven (CH.). 201.

FIN DE LA TABLE.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 12. — DÉCEMBRE 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Essai sur l'emploi des antimoniaux *dans le traitement de la pneumonie;* par A. Sovet, Docteur en Médecine à Beauraing (province de Namur).

(*Suite et fin.*)

Nous avons énuméré les divers phénomènes qui se manifestent après l'administration des antimoniaux à haute dose, et déjà il est patent pour tout médecin observateur, qu'ils sont les mêmes que ceux que nous voyons tous les jours résulter de leur emploi aux doses ordinaires; mais pour rendre cette identité plus évidente encore, consultons ce que M. Guersent a écrit sur les effets du tartre stibié et du vomitif en général, dans le *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, première édition. En voici le résumé : Une irritation gastro-intestinale plus ou moins vive, provoquant l'expulsion des matières par des efforts musculaires, des secousses, etc. Dès les premiers effets du médicament, irrégularité puis ralentissement de la circulation. Une excitation nerveuse partant du *trisplanchnique*, et pouvant aller à l'encéphale. *Consécutivement* une révulsion particulière produite sur l'appareil digestif par l'accroissement de la sécrétion et de l'excrétion des liquides biliaires, pancréatiques et intestinaux, révulsion générale déterminée sur les organes sécrétoires, la peau, les reins, les bronches; affaiblissement momentané, relâchement général, conséquence de l'ébranlement et des évacuations plus ou moins abondantes, mais bientôt survient une réaction, etc.

Eh bien, je le demande, qu'observe-t-on de plus après l'administration de l'émétique à haute dose? Rien, me paraît-il, sinon un effet plus continu, parce que les doses sont constamment renouvelées et l'emploi plus prolongé. Qu'observe-t-on de moins? Il faut le dire, tous ces phénomènes ne se manifestent pas toujours, mais de même ils ne suivent pas toujours l'emploi du vomitif; et pour les obtenir, dit M. Guersent, il faut qu'il ait lieu dans des circonstances convenables et chez des individus dont l'organisation se prête à son emploi.

Ainsi donc, de ce que les vomissemens et autres effets ne se manifestent pas toujours à la suite de l'administration de l'émétique à haute dose, on ne peut pas conclure que son action soit pour cela différente de celle qu'il exerce aux doses ordinaires, puisque dans ce dernier cas, cette absence se remarque aussi quelquefois et que le plus souvent les effets sont absolument identiques.

Ce que nous venons de dire peut aussi s'appliquer au kermès minéral; car M. Guersent, à l'article *Tartre stibié*, renvoie pour les effets à l'article *Vomitif*, et le kermès est rangé dans la classe des émétiques.

L'antimoine diaphorétique ou sous-antimoniate de potasse ou oxide blanc d'antimoine, sur

les effets duquel on a tant varié, n'a cependant pas reçu son premier nom sans cause; les anciens étaient trop bons observateurs pour cela. Eh bien, administré à haute dose, ne provoque-t-il pas le plus souvent des sueurs? l'observation le prouve.

Il en serait probablement de même des autres préparations que jamais je n'ai employées.

En outre, la raison n'indique-t-elle pas assez que l'action réelle d'un médicament ne peut pas changer de nature par l'accroissement ou la diminution des doses auxquelles on l'administre? L'on serait fort embarrassé, si l'on devait fixer les limites où finissent les doses vomitives et où commencent les doses contre-stimulantes.

Ces considérations me portent à croire que l'action des antimoniaux à haute dose, est au fond la même que celle qu'ils exercent lorsqu'on les prend à petites doses; et si le résultat thérapeutique en est différent, c'est que, dans le premier cas, l'administration en est sans cesse et long-temps répétée, ce qui fait que les effets sont plus continus et plus prolongés, et que la réaction qui suit l'emploi des doses simples et uniques n'a pas ici le temps d'avoir lieu.

De là on est conduit à conclure que les autres médicamens vomitifs, purgatifs, diurétiques et diaphorétiques seraient aussi utiles dans le traitement de la pneumonie que les antimoniaux à haute dose; plusieurs faits pratiques m'ont déjà porté à le croire, mais c'est à une plus longue expérience à décider sur ce point. Toutefois, le tartre stibié me paraît devoir leur être généralement préféré, parce qu'il sera toujours difficile de déterminer les cas où il faut, pour la guérison, des vomissemens, ou des selles, ou des sueurs, ou des urines abondantes; et que le tartre stibié semblant exciter en quelque sorte, selon le besoin, l'un ou l'autre de ces effets ou tous à la fois, paraîtra toujours jouir d'une efficacité plus certaine.

MM. Trousseau et Bonnet attribuent aux antimoniaux une action spécifique sur les organes de la circulation et sur ceux de la respiration, action sédative, *constante et seule efficace*, contre la pneumonie. Nous avons vu que le ralentissement des mouvemens du cœur est un des effets de la médication antimoniale; mais que ce ralentissement soit *constant*, qu'il soit *seul efficace* contre la pneumonie, c'est ce que je ne crois pas, et avec M. Grave de Dublin (n° 22), je pense que la guérison doit être attribuée tantôt à un effet, tantôt à un autre. Les observations que j'ai rapportées, observ. n° 9 entr'autres, prouvent que ce ralentissement n'est pas *constant*, et les expériences récentes de M. Bouillaud, à la Charité (*Journal universel et hebdomadaire*, de mars 1834) démontrent même qu'il a lieu *rarement*. MM. Trousseau et Bonnet n'ont-ils pas quelquefois pris l'effet pour la cause, et n'est-il pas plus rationnel de faire le plus souvent dépendre cette diminution dans les mouvemens du cœur, de l'amendement de la phlegmasie pulmonaire? Ne voyons-nous pas la fréquence du pouls céder à tout autre moyen propre à combattre la pneumonie, sans que pour cela ces moyens soient regardés comme spécifiques? Quant au ralentissement des mouvemens respiratoires qui, d'après ces messieurs, est aussi la cause de la guérison de la pneumonie par les antimoniaux, l'erreur est évidente; on ne peut pas même dire ici *post hoc propter hoc;* car, de leur aveu, il n'a lieu que quelque temps, plusieurs jours même après que l'amendement des autres symptômes s'est manifesté; ce ralentissement est pour moi le résultat et non la cause d'un commencement de résolution, et ce point me paraît si clair, que je croirais superflu de réfuter plus amplement l'opinion contraire.

J'en reviens au ralentissement de la circulation qui, disent-ils, est un effet *constant* de la médication antimoniale. A la fin de leur mémoire ces messieurs avouent que celle-ci ne leur a réussi contre le rhumatisme, que lorsqu'il y a eu des supersécrétions abondantes, et qu'elle n'a point produit chez les rhumatisans de ralentissement dans les mouvemens respiratoires, ni dans les battemens de cœur; et la raison qu'ils en donnent, c'est que dans cette affection l'excitation du cœur est trop forte! Je ne sais si je me trompe, mais j'ai toujours cru, et cela parce que la physiologie et l'expérience l'indiquent, que la respiration n'est pas très-accélérée dans le rhumatisme, et que celui-ci n'excite pas aussi fortement l'organe circulatoire que l'inflammation des poumons qui ont avec ce dernier la plus étroite liaison. Aussi si l'on me demandait pourquoi les antimoniaux n'ont pas diminué le nombre des pulsations chez les rhumatisans observés par ces médecins, je dirais que c'est parce que cette diminution n'est pas l'effet *constant* de l'usage des antimoniaux, et j'ajouterais que si les rhumatisans qui ont éprouvé des super-

sécrétions ont été guéris, cela prouve que le ralentissement de la respiration et de la circulation n'est pas le seul effet *efficace* de la médication antimoniale, mais que les supersécrétions que celle-ci provoque, sont le plus souvent la cause de la guérison.

Enfin les mêmes auteurs qui, du reste, je dois le dire, ne tiennent pas à leur explication, se rendent raison de la guérison, dont la diminution des mouvemens circulatoires et respiratoires serait la seule cause, par le repos qui en résulte pour l'organe malade ; or, plus haut ils nous disent que les antimoniaux guérisent presqu'aussi bien *une pneumonie latente qu'une fluxion de poitrine avec les signes les plus évidens de diathèse de stimulus*, il est donc démontré par cela même que ce n'est pas *seulement ici toujours* par le ralentissement du pouls et de la respiration que la guérison s'opère, car dans la pneumonie latente qu'ils mettent en opposition avec *la fluxion de poitrine à l'évidente diathèse de stimulus*, il n'y a pas à calmer une forte accélération du pouls ni des mouvemens respiratoires : il y a donc autre chose à faire, les antimoniaux servent donc à quelqu'autre chose ! Quand on aura mis les poumons dans le plus grand repos possible, que deviendra la masse de fluides qui les engouent, nierat-on que la résolution sera puissamment favorisée, déterminée même, par les évacuations? Sans elles, par le repos, on n'amènerait dans certains cas que l'imminence de l'asphyxie.

En résumé, comme je ne veux pas aller contre des faits observés par des expérimentateurs à la bonne foi et au zèle desquels je suis le premier à rendre justice, comme quelques-unes de mes observations sont d'accord avec les leurs, et que, admettant que les antimoniaux agissent sur le système nerveux de la vie organique, il doit en résulter qu'ils modifient la circulation; je crois que le *ralentissement du pouls* peut être un des effets primitifs de l'action antimoniale, que le *ralentissement* influe d'une manière très-avantageuse sur la phlegmasie pulmonaire, et qu'il est même quelquefois la principale cause de la guérison. Mais, je le répète, je ne pense pas que ce phénomène soit *toujours primitif, seul efficace*, ni *constant;* mes observations me portent au contraire à regarder les supersécrétions comme les effets les plus ordinaires, je dirai même constans et souvent les plus utiles du traitement de la pneumonie par les antimoniaux.

En effet, il n'est peut-être pas un cas de guérison de pneumonie par les antimoniaux où l'on n'ait pas observé de supersécrétion; toutes les observations que j'ai citées le prouvent. MM. Trousseau et Bonnet eux-mêmes ont constaté qu'il y avait presque toujours supersécrétion urinaire, et M. Patin qui a observé les mêmes malades que ces messieurs, dit dans son Mémoire (*Gazette médicale* du 22 juin 1833) : « La peau ne tarde pas à devenir moite, *la sueur ruisselle*, puis succèdent des urines abondantes. » Enfin, si l'on ajoute les résultats obtenus par MM. Louis et Baudelocque, n°s 21 et 23, l'on se convaincra facilement que les sécrétions sont l'effet le plus constant de la médication antimoniale ; leur coïncidence avec l'amendement des symptômes a été notée par la plupart des expérimentateurs et se trouve bien établie par les observations 2, 3, 4, 5, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 27, et par les 37 observations qui ont conduit M. Munaret (n° 20) à dire : *la diaphorèse est le signe constant de l'action antimoniale et de la terminaison de la pneumonie.* Enfin, au lieu de cette coïncidence, on reconnaîtra facilement qu'il y a une relation de *cause à effet*, si l'on considère 1° que dans les observations 15 et 19, les antimoniaux ont été donnés sans aucun succès, tant qu'ils n'ont point provoqué d'évacuations, et que la guérison a eu lieu dès que celles-ci furent établies ; 2° que le mieux survenu chez les sujets des n°s 16, 17, 18, 24, 26, a cessé dès que la suspension du tartre stibié a amené la cessation des supersécrétions, et s'est fait de nouveau sentir quand elles ont été rétablies. Enfin, ce qui prouve clairement que la guérison de la pneumonie doit être attribuée, non à une action inconnue et spécifique des antimoniaux, mais le plus souvent aux sécrétions qu'ils provoquent, c'est que, dans l'observation 27, on voit l'amélioration se suspendre malgré *la continuation de l'emploi du tartre stibié* dès que la diaphorèse se rallentit, et reparaître plus notable et plus salutaire quand les sueurs recommencent à couler ; c'est que M. Grave de Dublin (22) a vu une guérison rapide avoir lieu, par les déjections cholériques, enfin, c'est que les évacuations provoquées par l'huile de croton-tiglium ont amené le même résultat. Les bons effets que les anciens (Stoll et autres) retiraient de l'emploi du tartre stibié, administré comme vomitif dans les pneumonies dites *bilieuses*, viennent

encore corroborer mon opinion, et déjà plusieurs praticiens distingués, et entr'autres M. Chomel et Dance, ont professé que les antimoniaux ne sont utiles dans le traitement de la pneumonie que lorsqu'ils provoquent des évacuations. MM. Trousseau et Bonnet ont été conduits au même résultat quant au traitement du rhumatisme. Ces messieurs supposeraient-ils donc qu'un médicament change de propriétés selon les maladies dans lesquelles on l'administre. Nous avons d'ailleurs suffisamment, je crois, réfuté plus haut, la manière dont ils s'expliquent la différence de leurs résultats. Appuyé sur l'expérience et sur l'autorité d'hommes honorables, je crois pouvoir dire que les sécrétions sont les effets les plus constans et les plus efficaces de la médication antimoniale, et cela, avec d'autant plus de raison, que la théorie s'accorde parfaitement avec le résultat de l'observation.

En effet, des supersécrétions supposent un afflux plus considérable de liquides vers les organes qui en sont le siége, et ces organes étant plus ou moins éloignés de celui qui est malade, il en résulte une dérivation. Combien ne doit-elle pas être puissante, large et efficace, quand elle s'exerce sur le foie, le pancréas, les reins, les glandes intestinales, sur tout le système de la veine-porte, et la surface cutanée tout entière? De plus, des évacuations abondantes ont lieu, et ainsi se trouvent réunis les élémens du traitement antiphlogistique : les évacuations et la révulsion. Il n'est pas difficile de concevoir ainsi la guérison d'une phlegmasie pulmonaire par les antimoniaux, surtout si l'on ajoute aux deux effets précités, les saignées que l'on pratique le plus souvent au début, et le ralentissement du pouls qui paraît être quelquefois effet primitif, et la révulsion opérée sur l'organe cutané par les éruptions supuratives dont nous avons cité plusieurs exemples.

Mais non-seulement les sécrétions sont utiles comme déplétions et dérivatives, mais elles servent encore à remédier à l'altération du sang, résultant de la phlegmasie pulmonaire, ou à la prévenir.

Ce n'est point ici le lieu de discuter la question d'humorisme et de solidisme, tant debattue anciennement, et reprise de nos jours avec un nouvel enthousiasme, il ne s'agit que de l'altération des liquides consécutive à celle des solides; et certes, je crois pouvoir regarder ce point comme admis, en thèse générale, par tous les médecins observateurs et vrais physiologistes.

La théorie indique clairement que l'organe de l'hématose étant lésé, les fonctions doivent en être altérées et le sang modifié. M. Andral (art. *Sang*, du dictionnaire de médecine, en 21 volumes, première édition) s'exprime ainsi : « L'action trop faible ou trop énergique des organes sécréteurs, l'altération des instrumens médiats ou immédiats de l'hématose ne doivent-ils pas modifier le sang sous le rapport de la nature ou de la proportion de ses principes constituans? » Or, dans la pneumonie, ces deux circonstances se rencontrent : l'inflammation du poumon et souvent la presqu'entière suspension des sécrétions (Peau sèche, urines rouges, constipation, etc.). L'altération consécutive du sang est donc déjà probable; l'observation la mettra hors de doute. En effet, que l'on ouvre la veine d'un sujet atteint de pneumonie depuis très-peu de temps, on n'observera aucune différence bien notable entre son sang et celui d'un homme sain; mais que les symptômes continuent, que la phlegmasie ait encore quelques jours son cours, sans qu'aucune supersécrétion ait lieu, saignez alors le même sujet et le sang se couvrira de la couenne. A quoi tient ce phénomène? C'est, à n'en pas douter, à une modification du fluide sanguin, résultant de la pneumonie. Les observations 1, 2, 3, 4, 5, 14, 15, 17, 19, 25 et 27, sont des exemples de ce que je viens d'avancer. Je suppose que la pneumonie ne soit pas traitée, ou qu'elle résiste aux moyens employés; le sang qui, auparavant avait besoin de plusieurs heures pour devenir couenneux, se décompose et offre la couenne presqu'immédiatement après sa sortie de la veine. C'est ce que nous avons observé chez les sujets n°s 1, 2 et 4. Enfin il arrivera une époque où les symptômes d'altération générale seront évidens; facies décomposé, teint livide, pâleur des conjonctives, stupeur, pouls filiforme et accéléré, prostration, sueur froide, etc., tels sont les signes qui, joints à la décomposition rapide du sang extrait, indiqueront que la masse sanguine altérée porte ses effets délétères sur les solides : l'observation 1re nous en offre un triste exemple. Mais quand l'affection en est arrivée à ce point, l'art est bien souvent impuissant; il est donc important de

chercher à la prévenir, et les antimoniaux nous offrent une ressource souvent précieuse pour arriver à ce but; mais, pour pouvoir en user convenablement, il faudrait que les indications fussent bien posées, et des recherches sur la couenne pourraient peut-être y conduire. C'est aux savans qui ont déjà fait tourner au profit de notre art tant de précieuses découvertes de la chimie moderne, à recommencer sur ce point des expériences qui, jusqu'aujourd'hui, n'ont produit que des résultats très-peu satisfaisans et tout-à-fait incomplets. Sans trop y tenir, je dirai ce que l'observation et la réflexion m'ont suggéré à cet égard.

D'après les expériences de MM. Ratier, Belhomme et Gendrin, le diamètre de l'ouverture de la veine, la plus ou moins grande élévation du jet, la configuration et la température du vase, influeraient sur la formation de la couenne; mais, ajoutent les expérimentateurs, avec beaucoup de fondement: il faut de plus, pour sa formation, une manière d'être particulière du sang, antérieure à la phlébotomie; cette manière d'être du fluide sanguin peut, je le crois, dépendre d'affections morbides de nature diverse, mais je ne l'ai jamais observée que consécutivement à l'inflammation d'un ou de plusieurs organes assez volumineux et privés de voies de sécrétion, et cela est si vrai que je regarde ce simple exposé des faits comme réfutation suffisante de l'opinion de M. Burnet (Mémoire sur la pneumonie lobulaire) qui voit dans la couenne une preuve de *maladie générale*, antérieure à la lésion pulmonaire. Les observations citées montrent que ce n'est jamais que plusieurs jours après le début de l'affection que la couenne se manifeste. L'ouverture de la veine, la configuration du vase, etc., peuvent bien d'abord procurer des apparences de ce phénomène, mais s'il n'y a pas lésion organique datant de plusieurs jours, elles disparaissent le plus souvent en peu de temps, et, il y a quelques jours encore, je me suis convaincu de ce fait en ouvrant la veine à un sujet atteint de pleuro-pneumonie depuis un jour. Une petite ouverture pratiquée à la basilique du bras gauche fournit un jet de sang peu abondant et très-lent; il n'y eut aucune trace de couenne; jugeant l'évacuation insuffisante, j'ouvris la veine au bras droit, et j'obtins un jet assez large, rapide et continu; le vase avait tout-à-fait les mêmes dimensions que celui dont on s'était servi dans la première saignée, le sang offrit d'abord à sa surface une couche d'un jaune verdâtre, mais peu de temps après elle disparut, et il ne resta que quelques stries presqu'imperceptibles, de sorte qu'à ma visite du lendemain, il n'y avait aucune différence entre le sang des deux évacuations. Depuis que mon attention est tournée vers cet objet, j'ai saigné plus de 80 personnes pléthoriques, mais exemptes d'inflammations, et jamais je n'ai observé de couenne, quelles que furent d'ailleurs les diverses circonstances de la phlébotomie. Il est donc probable, que ni la rapidité du jet, ni les autres conditions précitées ne suffirent pour produire la véritable couenne, mais qu'il faut pour la production de celle-ci une modification du sang antérieure à la saignée.

Le sang qui circule dans les organes malades et surtout dans les organes enflammés, doit nécessairement y subir l'influence de cet état morbide. Dans le cas d'inflammation il paraît y avoir tendance à la disjonction entre les divers élémens qui constituent ce fluide; la matière colorante tend à se séparer d'une partie de fibrine et de sérum dans lequel l'albumine paraît prédominer (1); si la phlegmasie est assez intense et assez prolongée, l'on voit survenir des exsudations de lymphe coagulable, des taies, des indurations, des fausses membranes,

(1) La composition chimique de la couenne comparée à celle des divers produits de l'inflammation, m'avait conduit à penser ainsi, et mon Mémoire était terminé lorsque le hasard me fit tomber sur la *Gazette médicale* du 6 avril 1833, où j'ai lu les intéressantes expériences sur le sang, faites par le docteur Babington; elles confirment pleinement l'opinion que je m'étais formée, et sans parler des autres conséquences résultant de ces expériences, on peut résumer ainsi ce qui regarde le sujet que je traite: La couenne se forme quand le sang ne se coagulant pas trop promptement, laisse aux globules rouges qui sont plus denses, le temps de se séparer d'une couche plus ou moins épaisse de fibrine, qui demeure à la surface du liquide. Cette séparation est favorisée par la configuration du vase. Le sang qu'on appelle inflammatoire, se coagule plus lentement que celui d'un sujet sain; le premier est donc prédisposé à la disjonction, à l'état couenneux; la fibrine et la sérosité n'existent point avec leurs propriétés respectives dans le sang en circulation, mais elles se séparent quand la liqueur du sang cesse d'être soumise aux lois vitales. Dans le corps vivant, cette séparation n'arrive jamais dans l'état de santé, mais peut bien avoir lieu sous l'influence d'un état morbide; c'est ainsi que se forment les épanchemens, les fausses membranes, le pus, etc. Ces résultats fondés sur des expériences que l'on peut facilement répéter, confirment ce que la réflexion m'avait suggéré.

des collections sero-albumineuses où nagent des flocons de fibrine décolorée, du pus, etc. (1) Mais il n'en est pas toujours ainsi, et avant d'arriver à ce point, la circulation capillaire n'étant pas encore entravée dans l'organe enflammé, le sang que les veines en retireront conservera cette tendance à la disjonction; si ce phénomène se réitère quelque temps, si l'organe malade est assez volumineux et que cette modification ne soit point détruite par quelqu'élaboration naturelle, il en résultera une manière d'être particulière de toute la masse sanguine qui y était déjà disposée par l'état languissant des fonctions digestives et respiratoires, et si l'on ouvre la veine, la disjonction qui n'avait point encore lieu, parce que le fluide restait dominé par la puissance vitale, s'opérera dès qu'il y sera soustrait et exposé aux influences extérieures, et cela avec d'autant plus de promptitude que la modification était plus prononcée. (Voyez les observ. 1, 2 et 4.)

L'on verra dans ce cas se former à la surface du sang extrait une couche plus ou moins épaisse, formée de fibrine et de sérum très-albumineux, privés de matière colorante. C'est *la couenne inflammatoire* dont les propriétés chimiques et physiques sont identiques avec celles des fausses membranes.

Cette couenne ne se remarque le plus souvent que dans l'inflammation de quelques organes et la raison m'en paraît claire; d'abord dans plusieurs cas, dans la conjonctivite, par exemple, l'organe est trop peu considérable et le sang qui y circule trop peu abondant pour pouvoir modifier d'une manière sensible toute la masse sanguine. Dans d'autres cas, la modification éprouvée par le sang est réparée par le travail sécrétoire dont l'organe phlegmasié est le siége; cela est si vrai que le tissu du foie ne suppure presque jamais, à moins qu'à la suite d'une violente contusion; que celui des reins n'a peut-être jamais suppuré, hors le cas de blessure ou de calculs engagés dans les uretères (Chomel).

Ainsi vous observerez rarement la couenne dans la phlegmasie de la peau, de la muqueuse *gastro-intestinale* ou vésicale, dans celles des reins ou du foie, ni d'aucun organe doué de voies éliminatoires faciles; à moins toutefois que celles-ci ne soient oblitérées et les excrétions suspendues : alors vous trouverez le sang couenneux (M. Brigt a publié dans la *Gazette médicale*, un exemple de couenne dans un cas d'altération de reins), où l'altération sanguine se manifestera par l'anasarque, l'ictère, etc. Mais dans l'inflammation de la plèvre, des grandes articulations et surtout des poumons, le sang qui afflue dans ces organes est tout entier (dans les premiers jours du moins) reporté dans le torrent circulatoire sans que la modification qu'il a éprouvée, ait été contrebalancée par un travail éliminatoire, et la masse générale partagera bientôt cette manière d'être, à moins toutefois qu'il n'y ait dans le début des supersécrétions abondantes, car alors la couenne manque. Il y a peu de jours que j'ai observé cette absence chez un jeune homme de Zavingue, atteint de pleuro-pneumonie depuis 10 jours, et ayant eu des vomissemens abondans et des sueurs copieuses et continues; aussi, chez ce sujet, les saignées ont suffi pour guérir rapidement. Mais souvent ces sécrétions sont suspendues ou insuffisantes, et il faut que l'art les sollicite pour prévenir l'altération de la masse sanguine ou y remédier.

Si cependant la nature est assez puissante, si la résolution s'opère, on voit la dépuration avoir lieu par les sécrétions gastro-intestinales, urinaire et surtout cutanée, et même par l'expectoration, sorte d'élimination locale. Eh bien, quand la nature est impuissante n'est-ce pas ainsi qu'agissent les antimoniaux; voyez dans l'observation 5, la couenne nulle à la première saignée se manifester à la 2e pratiquée le troisième jour de l'affection. Les antimoniaux sont administrés et provoquent des sueurs copieuses et continues, et la couenne ne reparaît plus à la saignée suivante, malgré la persistance et l'exaspération, etc., des symptômes pneumoniques; on est donc forcé de reconnaître que l'expérience et la théorie indiquent qu'il peut y avoir dans la pneumonie modification consécutive du sang et que les antimoniaux peuvent servir à la prévenir ou à y remédier par les sécrétions qu'ils provoquent. Je donnerai pour dernière

(1) M. Donné, dans un article inséré dans le *Journal universel et hebdomadaire* (Encycl., vol. 19), SUR LES PROPRIÉTÉS CHIMIQUES DES SÉCRÉTIONS DANS L'ÉTAT SAIN ET DANS L'ÉTAT MORBIDE, explique cette disjonction entre les élémens du sang par la formation d'un acide (le plus souvent l'acide hydro-chlorique) qui coagulerait la partie albumineuse des fluides qui abondent dans les tissus enflammés. Cette opinion qui sera prouvée dans un travail présenté à l'Institut, donnerait une explication bien claire du phénomène que je n'ai fait que signaler.

preuve de cet effet dépurateur l'efficacité des mêmes agens thérapeutiques dans le traitement de la phlébite, affection où l'altération consécutive du sang est si bien démontrée (1), et je citerai, à cette occasion, ce que dit à l'article *Phlébite* du dictionnaire de médecine, en 21 volumes, 1re édition, un auteur dont les beaux travaux ont tant avancé la science sur ce point, M. Breschet : il arrive un point où les émissions sanguines réitérées affaiblissent le malade sans diminuer la maladie ; il semble que ce soit dans la circulation des humeurs dans le sang qu'existe la maladie, et que c'est sur ce point qu'il faut diriger les médicamens qui, agissant sur le sang, pourraient détruire les principes délétères qui ont altéré ce fluide. Il ajoute plus bas : Quels raisonnemens faire sur plusieurs guérisons de phlébite obtenues par Laënnec, au moyen de l'émétique à haute dose. Ne voit-on pas dans ces faits de puissans argumens contre un solidisme trop exclusif, et une nouvelle ère médicale ne va-t-elle pas commencer, dans laquelle on reconnaîtra le rôle important que jouent les humeurs dans l'économie animale, considérée dans l'état sain et dans l'état morbide ?

De la connaissance de l'effet dépurateur des antimoniaux, on serait conduit à les conseiller dans certains cas d'altération du sang par infection miasmatique et même toxique, abstraction faite toutefois des lésions organiques qui pourraient quelquefois en contr'indiquer l'emploi. C'est à l'expérience à confirmer ce que le raisonnement nous indique sous des dehors très-rationnels. En effet, dans le cas d'altération du sang, les moyens conseillés sont bien souvent impuissans. Ainsi, dans ces derniers temps, M. Roche a surtout insisté sur la nécessité de la saignée; je reconnais que souvent c'est une des premières indications à remplir, mais j'y vois plutôt un remède contre l'affection des solides que contre l'altération du sang ; en effet, pour influer d'une manière sensible sur celle-ci, il faudrait enlever une grande quantité de sang et ainsi on enlèverait une grande quantité de principes délétères ; mais le remède équivaudrait presque au mal, et on courrait risque d'ajouter à la prostration qui résulte souvent de l'infection du fluide sanguin, les dangers des grandes pertes de sang. D'un autre côté, la neutralisation du principe toxique et surtout miasmatique est le plus souvent impossible, hormis le cas de poisons récemment ingérés et de quelques affections comme les fièvres d'accès, où l'antidote est certain, il arrive le plus souvent que le principe infectant et son neutralisant sont tout-à-fait inconnus : alors que faire ? Eliminer le principe morbifique qui infecte le sang, non en extrayant celui-ci en grande quantité, ce qui serait imprudent et souvent impossible, mais en lui faisant subir une large élaboration, ce qui est tout-à-fait conforme au procédé qu'emploie la nature; des sueurs abondantes, dit M. Roche, en parlant des phénomènes qui se manifestent à la suite de l'altération du fluide sanguin, des vomissemens, des garde-robes, des urines sédimenteuses, des pustules miliaires à la peau, des pétéchies, des inflammations extérieures, etc., etc., attestent un effet éliminatoire qui dirige le principe morbifique vers les grands émonctoires de l'économie. Or, pour provoquer cet effet, existe-t-il un agent plus sûr que le tartre stibié? Ce que nous voyons résulter de son administration dans la pneumonie, n'est-il pas bien conforme à ce que la nature fait spontanément dans l'infection du sang? Et l'imiter dans notre médication n'est-ce pas le moyen le plus rationnel dans les cas où elle reste impuissante ? Du reste, je m'empresse de le dire, l'analogie seule m'a suggéré ces réflexions; je les donne pour ce qu'elles valent, et je suis loin de vouloir en conclure qu'il faille substituer la médication stibiée aux autres moyens tels que la neutralisation, etc., mais je pense que, administré à propos et guidé par des règles qu'il appartient à l'expérience de poser, ce moyen pourrait être utile dans plusieurs cas d'altération du sang par les miasmes.

Les observations nos 1 et 9 m'ont offert des exemples où les saignées et les antimoniaux ont été sans efficacité. La clinique de tous les hôpitaux prouve tous les jours que ce traitement est bien souvent inutile dans la pneumonie des vieillards; il est même quelquefois nui-

(1) Je traite en ce moment un individu atteint d'une phlébite qui est accompagnée de cérébrite, et qui s'est terminée par suppuration ; la maladie touche à une heureuse terminaison, des sueurs d'une odeur particulière, des urines sédimenteuses et offrant des filamens nombreux, ressemblant à du blanc d'œuf coagulé, des selles fétides et presqu'entièrement formées de sang décomposé, des pétéchies laissant échapper un liquide sanieux, m'offrent un exemple bien clair de dépuration spontanée que je me garde bien d'entraver ; chaque jour l'amélioration devient de plus en plus évidente et la convalescence s'établit.

sible : l'observation n° 13 l'atteste. Cette pneumonie, dont la résolution a été évidemment provoquée par de légers toniques, vient ajouter aux faits publiés par M. Piorry, qui, dans le précieux Mémoire qu'il a publié sur la pneumonie hypostatique, conseille les toniques dans certains cas, en s'appuyant d'ailleurs sur l'autorité de Laënnec et de M. Chomel. En outre, il résulte des expériences faites à l'Hôpital des Enfans malades, que les antimoniaux sont très-nuisibles chez les très-jeunes enfans, et de là on peut tirer la conséquence qu'il faut que le malade ait un certain degré de force pour être propre à la médication antimoniale, car elle excite des évacuations qui peuvent jeter dans l'épuisement (ce qui arrive souvent chez les enfans), et peut ralentir la circulation chez des sujets où elle n'est déjà que trop faible et où il y a plutôt hypostase qu'inflammation ; dans ce dernier cas, je pense qu'une petite et unique dose de tartre stibié, serait très-utile, à cause des secousses qu'elle provoquerait et de la réaction que suivrait son emploi. Cette inefficacité des antimoniaux chez les sujets trop jeunes ou trop vieux, explique jusqu'à un certain point, pourquoi certains auteurs ont regardé la saignée comme nuisible aux bons effets des antimoniaux ; on sent par ce qui précède que cela peut être quelquefois, mais pas toujours.

Les antimoniaux peuvent-ils suffire pour guérir la pneumonie ? L'expérience a résolu cette question affirmativement ; les faits rapportés par MM. Trousseau et Bonnet le prouvent ; qu'ils soient toujours suffisans, le contraire est démontré tous les jours ; qu'ils le soient quelquefois, le raisonnement s'accorde sur ce point avec l'observation, et l'on conçoit facilement qu'une phlegmasie pulmonaire puisse céder à des sécrétions déplétives, dérivatives et dépuratives jointes au repos, à l'éloignement des causes morbides, à la diète et aux émolliens. Mais dans l'état actuel de la science, je pense qu'il est plus prudent d'employer d'abord, sauf les contr'indications, les évacuations sanguines, parce qu'une plus longue expérience a sanctionné l'emploi de ce moyen, que d'ailleurs la théorie indique comme le plus rationnel, le plus sûr et le moins dangereux *dans la généralité des cas ;* je crois même, comme je l'ai dit plus haut, que son usage, loin d'empêcher les bons effets des antimoniaux, ne peut quelquefois que les favoriser, quand on l'a employé avec discernement, avec modération et à propos ; la pratique des professeurs les plus recommandables est là pour attester ce que j'avance, et j'invoquerai de plus le témoignage de M. Récamier lui-même, qui *reconnut que les cas où le tartre stibié réussit le mieux, sont précisément ceux où la maladie a résisté aux autres moyens de traitement.* (Bulletin général de thérapeutique, note de M. Récamier, *Encyclographie des sciences médicales*, vol. 3.)

Sans revenir sur plusieurs conséquences que nous avons déjà tirées des faits et des raisonnemens, nous ajouterons ici les principales déductions pratiques.

I. Les antimoniaux agissent à hautes doses comme aux doses ordinaires.

II. Leurs effets principaux et primitifs sont : 1° L'irrégularité du pouls et quelquefois son ralentissement ; 2° des sécrétions déplétives, dérivatives et dépuratrices.

III. Les antimoniaux me paraissent indiqués dans le traitement de l'inflammation aiguë des poumons : 1° quand, appelé au début de l'affection, le praticien juge qu'il y a contr'indication aux saignées, ou qu'il n'est pas à même d'en pratiquer d'assez fréquentes ; 2° quand la phlegmasie pulmonaire ne cède pas à des émissions sanguines, convenablement renouvelées et assez abondantes ; 3° quand la maladie date déjà de plusieurs jours et qu'il n'y a pas de supersécrétions, on peut les employer conjointement avec les saignées ; 4° enfin l'apparition plus ou moins rapide de la couenne, son épaisseur et les autres symptômes d'altération sanguine, l'embarras gastrique, la constipation, la sécheresse de la peau, la rareté et la rougeur des urines, la non apparition des phénomènes dits *critiques*, sont des circonstances qui me semblent favorables à l'emploi de la médication antimoniale.

IV. La médication antimoniale me paraît contr'indiquée : 1° en général chez les sujets très-jeunes ou très-vieux ; 2° chez ceux qui se trouvent dans un état de très-grande faiblesse et chez qui il y a plutôt hypostase qu'inflammation ; dans ce cas, comme nous l'avons vu, un vomitif simple convient mieux et les toniques ont réussi ; 3° quand la pneumonie n'est qu'un épiphénomène d'une phlegmasie gastro-intestinale.

V. Relativement au choix de la préparation à employer, c'est au tartre stibié qu'en général

je donnerais la préférence, parce que ses effets sont plus sûrs, plus prompts, plus larges, plus énergiques. Toutefois, il faut avoir égard aux circonstances particulières. La solubilité de cette préparation doit faire redouter son action topique sur les muqueuses avec lesquelles elle se trouve en contact; ainsi il vaudrait mieux employer l'antimoine diaphorétique qui est insoluble, quand il y a angine concomitante; si une gastro-entérite ou une colite compliquait la pneumonie, et s'il fallait nécessairement employer les antimoniaux, c'est encore à une préparation insoluble qu'il faudrait recourir, à moins toutefois qu'il n'existât bien évidemment, comme dans l'observation 24, antagonisme entre l'affection thoracique et une phlogose intestinale peu intense et n'offrant point de symptôme grave. Le tartre stibié devrait aussi être exclu, s'il y avait chez le sujet prédisposition à la gastrite, etc., ou grande excitabilité du système nerveux et des divers appareils sécrétoires. Il est prudent d'en suspendre l'usage quand il provoque des vomissemens continus qui ne paraîtraient point amender les symptômes thoraciques, ou s'il déterminait une inflammation pustuleuse des muqueuses sur lesquelles il passe.

VI. Si, après un usage assez prolongé et convenablement gradué, il ne se manifeste aucune amélioration, et que cependant l'indication des antimoniaux soit évidente, on changera de préparation, comme je l'ai fait avec succès chez le malade du n° 4.

VII. A la fin de la pneumonie, le kermès me paraît utile pour solliciter l'expectoration et alors on l'associe avec succès aux béchiques, tels que la scille, le lierre terrestre, etc.

VIII. Quant au mode d'administration, je prescris souvent dans une potion de 8 onces, 6, 12, 15, 20 grains de tartre stibié ou de kermès; gr. xx, un demi gros à un gros d'antimoine diaphorétique non lavé; j'augmente les doses jusqu'à ce que les effets soient bien manifestes et l'amélioration sensible, et je ne vais en décroissant que quand la cure paraît certaine. Dans beaucoup de cas je leur fais succéder les béchiques ou le lichen d'Islande.

Telles sont, en résumé, les règles qui me paraissent devoir guider tout praticien prudent dans l'emploi des antimoniaux à haute dose contre la pneumonie; je l'ai dit, je n'ai pas la prétention d'avoir dans cet essai tranché les questions importantes et si controversées que je n'ai fait qu'effleurer, et n'ai pas oublié ces paroles sages de Muschembroeck : *Pauca facta nos gloriosos et temerarios faciunt, plurima incertos, innumerabilia ad conclusionem parant.*

Le 30 juillet 1834.

SOVET, D. M.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'HOMOEOPATHIE; par L. MALAISE, Docteur en médecine, à Liége.

Monsieur le Rédacteur,

Voulant joindre mes faibles efforts à ceux des propagateurs de la médecine homœopathique, je vous prie de donner place dans votre estimable journal aux observations suivantes; elles offrent le résultat des traitemens suivis sous les yeux du médecin en chef de l'hospice civil de Liége, l'un de nos praticiens les plus distingués : elles réunissent donc, j'espère, toutes les conditions d'authenticité qui peuvent les rendre dignes de la confiance de vos lecteurs. En mettant sous leurs yeux des faits nouveaux à l'appui des théories homœopathiques, vous aurez acquis des droits à la reconnaissance autant qu'à la parfaite considération de votre, etc.

Liége, 11 novembre 1834.

L. MALAISE, D. M.

Observation 1re.— La femme F.... blanchisseuse, âgée de 40 ans, mère d'un enfant de 14 ans, atteinte depuis plusieurs années de leucorrhée, éprouve dans les premiers jours du mois d'août, sans cause connue, de violentes douleurs de bas-ventre, une courbature générale dans le dos et les membres, des frissons avec horripilation qui se prolongent pendant deux jours consécutifs. Le troisième jour, pertes abondantes de caillots de sang d'un rouge foncé:

la malade est obligée de garder le lit. Les jours suivans les douleurs deviennent si vives qu'on est obligé d'employer les plus grandes précautions pour la changer de place. Cette femme après quatre à cinq semaines de souffrances, sentant chaque jour ses forces diminuer, se décide à entrer à l'hôpital le 5 septembre 1834.

Les symptômes suivans se manifestaient en elle : absence de soif, anorexie, sensation d'une boule qui se remue dans le bas-ventre et qui occasionne de vives douleurs; élancemens dans les aines et le sacrum; selles rares, difficiles, occasionnant des douleurs dans le bas-ventre; douleur de pression de haut en bas dans les aines et les lombes; région hypogastrique excessivement douloureuse; la malade frissonne à l'idée qu'on va palper cette partie. Les pertes utérines continuent jour et nuit : tantôt ce sont des caillots noirs, tantôt c'est un sang d'un rouge vif. Une légère toux, sèche, rare, exaspère les douleurs du bas-ventre, qui devient alors le siége d'une constriction brûlante. Elancemens dans les jambes. Grande faiblesse. Sommeil agité, souvent interrompu par la violence des douleurs. Une conversation un peu soutenue la fatigue et lui occasionne une profonde tristesse. Pleurs involontaires. Mélancolie.

La malade est soumise au régime homœopathique pendant deux jours : aucun changement dans son état.

Le 7, prescription : 3 globules de platine à la sixième puissance. Diète au lait. Eau sucrée pour boisson.

Le 8, l'état de la malade est aggravé. Les pertes sanguines deviennent plus fréquentes et plus abondantes que les jours précédens. La nuit suivante, diminution marquée; la malade goûte un repos auquel elle n'était pas habituée depuis quelque temps.

Le 9, l'hémorrhagie cesse entièrement pour ne plus reparaître. Le ventre peut être palpé dans tous les sens sans occasionner la moindre douleur. La leucorrhée a cessé. Selles naturelles. La malade désire des alimens.

Les 10 et 11, la convalescence fait des progrès rapides; la malade se promène et n'éprouve pas la plus légère incommodité. Les selles sont régulières.

Dans la nuit du 11 au 12, céphalalgie, tête pesante et embarrassée, insomnie, langue blanchâtre, légère soif, tranchées dans la région du nombril, accompagnées d'une sensation de brûlure; tiraillemens au bas du sternum en respirant.

Le 12 au matin, continuation des mêmes symptômes, mais avec beaucoup moins d'intensité. Prescription : 3 globules de pulsatille à la 12e puissance. Dans la journée, disparition des symptômes après une légère exaspération.

Le 14, la malade se trouve dans l'état le plus satisfaisant; elle passe les nuits du 11 au 14 tranquillement, mais sans pouvoir dormir. Prescription : 3 globules de café crû à la 3e puissance; 3 doses semblables à prendre à 4 heures d'intervalle dans la journée.

Le 15, sommeil tranquille qui continue les jours suivans. On lui accorde du vin et des alimens en plus grande quantité.

Le 20, la femme F. parfaitement guérie, quitte l'hôpital.

La guérison d'une affection aussi grave, obtenue en 36 heures sous l'influence d'une médication bien peu compliquée, causa la plus grande surprise au médecin en chef qui, après un examen attentif des circonstances de la maladie et du traitement, fut obligé d'avouer que le retour de la malade à la santé était dû positivement à l'emploi des médicamens homœopathiques.

Observation 2e. — Elisabeth M.... domestique, âgée de 20 ans, accouchée le 7 septembre 1834, éprouve depuis le moment de sa délivrance, des pertes sanguines d'un rouge-clair, sans douleur. Entrée à l'hôpital le 16 du même mois, elle est soumise au régime pendant cinq jours.

Le 21, aucun changement n'étant survenu dans son état, on lui fait prendre 4 globules de sabine à la 24e puissance. Dans l'après-dînée du même jour, pertes utérines plus abondantes qui continuent toute la nuit.

Le 22, l'écoulement de sang diminue sensiblement.

Le 23 guérison complète.

Plusieurs particularités sont à signaler dans ces deux observations. Deux maladies, désignées

sous le même nom en allopathie, constituant pour l'homœopathie deux individus-maladies distincts, exigent l'emploi de deux médicamens différens; les effets produits sont les mêmes, les résultats sont identiques. Chez l'une et l'autre malade, augmentation, diminution, disparition des symptômes. Cette marche, régulière dans la plupart des cas, proclamée par l'homœopathie, doit exclure, je pense, toute supposition de spontanéité. Ajoutez-y la précaution toute de bonne foi, de faire suivre le régime pendant quelque temps avant d'appliquer aucune médication : ces deux malades et tous ceux qui ont été soumis ultérieurement au traitement homœopathique, n'ont pris pour toute boisson que de l'eau sucrée ou une tisane d orge et de réglisse. Quelquefois lorsque le malade pouvait trouver étrange de ne recevoir aucune potion dans l'intervalle des prises de médicamens, on avait recours à une infusion légère de salep. La malade, sujet de la première observation, était atteinte de l'espèce de leucorrhée qu'il m'est arrivé plusieurs fois de guérir avec le platine. Par conséquent le fait déjà observé par moi plusieurs fois pour différentes maladies, devait aussi être prévu pour celle-ci, c'est-à-dire que cette femme venant à être atteinte d'une métrorrhagie ne pouvait l'être, en ayant égard aux circonstances antécédentes, que de celle qui est propre au platine : de même qu'une personne atteinte d'une leucorrhée de nature à être traitée par la sabine, venant à être atteinte d'une métrorrhagie, doit l'être de celle qui est propre à la sabine. C'est ainsi que dans beaucoup de maladies où il est difficile de se décider sur le choix d'un médicament, le malade ayant été précédemment atteint d'une autre affection facile à caractériser, on est presque assuré que le remède applicable à la première maladie, pourra servir à la maladie actuelle en même temps qu'il pourra étendre son action curative à celle qui existait précédemment.

La 2e malade est guérie par la sabine d'une hémorrhagie utérine tout-à-fait analogue à la continuation des lochies sanguines, prolongées au-delà du terme ordinaire. Les témoins de cette cure s'attendaient à voir apparaître les lochies ordinaires : dans le cas contraire, la santé de cette jeune femme leur semblait compromise. Rien de semblable n'est arrivé, l'hémorrhagie s'est arrêtée, les lochies séreuses n'ont point apparu et cette femme s'est parfaitement bien portée. Les menstrues sont survenues le 8 du mois suivant et n'ont duré que l'espace de 24 heures.

Je dois faire remarquer ici que, suivant mon opinion, la sabine a dû avoir de l'influence sur la non-apparition des lochies, et je pense qu'à l'aide de ce médicament on pourrait faire disparaître les lochies sans qu'il s'en suivit le moindre inconvénient pour les femmes récemment accouchées.

Observation 3e.—Une jeune femme accouchée depuis onze jours, chez qui on voulait supprimer la sécrétion lactée, avait les seins tuméfiés et chauds. Le lait coulait jour et nuit avec abondance.

Le 18 septembre, elle prend 4 globules de pulsatille, à la 12e puissance. On lui permet des alimens autant qu'elle le désire. Dans la soirée du même jour, les seins sont tendus et gonflés : la nuit, le lait sort en plus grande quantité.

Le 19 dans la matinée, diminution marquée; à midi, cessation complète de la sécrétion du lait.

Le 20, les glandes mammaires ont repris leur volume ordinaire.

La santé de cette femme n'a été nullement dérangée par cette disparition brusque du lait, sans qu'on puisse la rapporter à aucune apparence de crise : les selles et les urines ont eu lieu comme de coutume : il ne s'est déclaré aucune sueur.

Observation 4e.— Une autre femme, âgée de 22 ans, accouchée depuis 4 mois, chez qui on voulait également supprimer la sécrétion du lait, prend, le 1er et le 2 octobre, 10 globules de pulsatille, 12e puissance, dans une potion de 5 onces d'eau distillée, par cuillerée d'heure en heure.

Le 3, le lait avait entièrement disparu; l'action du remède ne s'était manifestée que par une diminution graduelle de la sécrétion du lait.

Observation 5e. — Marie L., âgée de 54 ans, souffrant de maux de tête depuis trois se-

maines, entre à l'hôpital le 1er octobre. Sa maladie offrait les symptômes suivans : céphalalgie frontale déchirante, augmentant le soir et la nuit; il semble à la malade que la tête s'ouvre puis se resserre; douleurs si vives qu'elles lui arrachent des cris; divers bruits étranges dans la tête, comme des cloches, des vagues, etc.; photophobie. Les membres sont brisés de fatigue; insomnie, découragement. Les sœurs hospitalières croyant cette femme atteinte d'une affection grave du cerveau, l'avaient placée dans un des lits réservés aux maladies les plus graves.

Le 3, on prescrit la pulsatille (1).

Le 4, la malade est guérie. Le 2, on avait donné la belladone sans aucun résultat; il y avait eu erreur dans le choix du remède.

Observation 6e.— Henriette C...., âgée de 27 ans, malade depuis quatre semaines, entrée à l'hôpital le 28 septembre, offrait les symptômes suivans : facies des fièvres graves, soif, anorexie; langue d'un rouge-cerise, lisse et sèche; ventre extrêmement tendu, dur, tympanisé, sensible au toucher; constipation opiniâtre, durant depuis trois semaines; chaleur sèche à la peau, fièvre.

Le 30, on prescrit l'aconit.

Le 1er octobre, le ventre se trouve dans un état surprenant : il est devenu très-souple; il peut supporter le toucher, la pression dans tous les sens, sans occasioner la moindre douleur. La tympanite est entièrement dissipée. La face et le pouls sont mieux composés.

Le 2, prescription : noix vomique.

Le 3, la langue est moins rouge; ses papilles sécrètent un produit blanchâtre pointillé. La malade, à sa grande surprise, a eu une selle naturelle pendant la nuit, sans qu'on ait eu recours à aucun lavement depuis son entrée à l'hôpital.

Le 5, on répète la noix vomique. Les jours suivans, les selles deviennent régulières.

Observation 7e. — Lambertine L..., domestique, âgée de 21 ans, malade depuis 15 jours, entre à l'hôpital le 19 septembre. Symptômes de la maladie : céphalalgie frontale, tensive, qui se déclare en marchant, diminue quand la malade est assise, et cesse entièrement quand elle est couchée; absence de fièvre; pouls régulier, mais lent et faible. La région épigastrique est le siége de souffrances qui se montrent sous la forme d'accès de la durée de 15 à 20 minutes, reparaissant cinq ou six fois le jour, et trois ou quatre fois pendant la nuit. Ces accès apparaissent subitement et acquièrent leur plus grande intensité en peu d'instans. Ils sont composés de gonflement à l'épigastre avec douleur au toucher, de pincemens très-vifs à l'estomac qui se dirigent de là vers la hanche gauche. Ces douleurs sont soulagées par la chaleur; elles sont plus fortes la nuit et le matin, et ne sont influencées ni par le mouvement ni par le repos. Chaque fois que la malade prend des alimens, les douleurs ne manquent pas de revenir. La fin des accès est signalée par une grande quantité de renvois, par de la soif, des frissons et de la sueur au front. L'accès fini, la malade se trouve dans un état d'anéantissement heureux, qui l'engage à se livrer au sommeil. Ce sommeil de courte durée est suivi d'un froid général qui l'oblige à se couvrir. Pendant l'accès, pleurs et gémissemens; dans l'intervalle des accès, la malade reprend un peu de gaîté; mais elle reste abattue, incapable de se livrer à aucun travail. On la soumet au régime sans lui faire prendre aucun médicament.

Le 22, même état : on donne 4 globules de bryone.

Le 23, même prescription.

Le 25, ce remède n'a produit aucune amélioration : on donne 3 globules de noix vomique.

Le 26, la malade est guérie.

Le 6 du mois suivant, Lambertine L... sort de l'hôpital, jouissant de la meilleure santé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Toutes les fois qu'on omettra d'indiquer la dose, le degré de dilution, et la manière dont le médicament aura été administré, il sera sous-entendu que ce sont 10 globules de la puissance la plus élevée du médicament, dissous dans cinq onces d'eau distillée, à prendre de cette potion une cuillerée à soupe d'heure en heure.

TABLEAU *analytique des plantes vénéneuses et suspectes qui croissent sur le sol de la Belgique, accompagné d'exemples remarquables d'empoisonnemens par ces plantes;* par F. DUBOIS, Docteur en Médecine, à Tournay.

(DEUXIEME ET DERNIER ARTICLE.)

POISONS NARCOTIQUES.

FAM. DES PAPAVERACÉES. (DEC.)

Pavot somnifère, *Papaver somniferum*, L., cultivé dans nos champs. Personne n'ignore que l'opium qu'on retire de ce pavot ne soit le plus puissant des narcotiques. On lit dans les *Causes célèbres* l'histoire affreuse d'une femme qui fut suppliciée il y a environ 50 ans, laquelle faisait le métier d'aller chercher des enfans pour les sévrer et les faisait ensuite périr insensiblement sans cris et sans douleur. Avant d'aller au supplice elle déclara son secret horrible : il consistait à faire la bouillie de ces petits enfans avec la décoction de pavots, en place d'eau commune; le motif de cette barbarie inouie consistait dans le lucre qu'elle faisait en ne déclarant leur mort que long-temps après.

Pavot rouge, *Papaver rhœas*, L. Le pavot rouge a beaucoup d'analogie avec l'espèce précédente, comme lui il contient de la morphine. M. Riffart (1) rapporte avoir vu un empoisonnement de huit vaches qui avaient mangé des tiges de cette plante.

Le *Papaver hybridum, Argemone, Dubium,* trois espèces qu'on rencontre dans nos champs, doivent aussi être suspectes à cause de leur ressemblance avec les espèces que nous venons de citer.

FAM. DES SOLANÉES. (JUSS.) — TRIB. NICOTIANÉES. (DUM.)

Jusquiame noire, *Hyosciamus nigr.*, L., sur le bord des chemins, dans les cours et sur les cimetières, etc. Les exemples d'empoisonnement par la jusquiame sont fréquens dans les auteurs. Au rapport de Wepfer, un couvent tout entier fut empoisonné par des racines de cette plante confondues par mégarde avec des racines de chicorée (2). Navier a vu les feuilles de jusquiame mangées en salade pour des feuilles de pissenlit, causer des accidens graves (3). Les semences de ce végétal causent d'aussi fâcheux accidens que le reste de la plante. Un homme tomba dans le délire pour en avoir pris deux gros au lieu de semences d'aneth (4). Les émanations de jusquiame ne sont pas même sans danger. Boerhaave, en préparant un emplâtre dans lequel entrait la jusquiame se sentit agité d'une sorte d'ivresse. En 1828, lorsque je suivais M. Adrien de Jussieu dans ses herborisations autour de Paris, j'éprouvai moi-même une espèce d'ivresse suivie d'une violente céphalalgie, pour avoir porté dans mon chapeau plusieurs tiges de cette plante.

TRIB. CAPSICÉES. (DUM.)

Morelle noire, *Solanum nig.*, fréquente dans les lieux cultivés et les décombres. Les feuilles de morelle fraîches et non cuites seraient un poison comme aliment. M. Bourgogne, médecin de Condé, a vu périr presque tout un troupeau de moutons qui en avait mangé dans une année chaude (5). Les fruits sont réputés la partie la plus malfaisante de ce végétal. Cependant Guerin rapporte en avoir pris 15 sans inconvénient. J'en ai pris plusieurs fois moi-même jusqu'à 20 sans éprouver le moindre accident.

Morelle grimpante, *Solanum dulcamara*, L., très-fréquente dans les haies humides. Floyer assure que trente baies de douce-amère ont fait périr un chien en trois heures. Mais M. Dunal a fait avec ses baies différentes expériences sur les animaux, qui prouvent leur innocuité. J'ai

(1) *Journ. de pharm.*, t. 16, p. 547.
(2) *Hist. cicut. aq.*, p. 230.
(3) *Anc. Journ. de méd.*, t. 4, p. 113.
(4) *Dict. des sc. méd.*, ar. *Jusq.*
(5) *Journ. de chim. méd.*, t. 3, p. 541.

fait prendre de ces baies jusqu'à cinquante à plusieurs coqs, j'en ai mangé moi-même plusieurs fois jusqu'à soixante, sans en ressentir le plus léger malaise; je puis donc assurer positivement que les baies de morelle grimpante ne sont rien moins que vénéneuses.

FAM. DES SYNANTHERÉES. (CASS.) — TRIB. LACTUCÉES. (ADANS.)

Laitue vireuse, *Lactuca virosa*, L., dans les champs pierreux. Il est bon de se défier de ce végétal, quoique les expériences de M. Orfila tendent à faire croire qu'elle n'est point un poison.

FAM. DES PARIDÉES. (BATSCH.)

Paris à quatre feuilles, *Paris quadrifolia*, L., dans les bois ombragés. On considère cette plante comme suspecte. Conrad Gessner, qui en avala un gros dans du vin, eut des sueurs copieuses et de la sécheresse du gosier.

FAM. DES TAXINÉES. (RICH.)

If baccifère, *Taxus baccatus*, L., cultivé pour l'ornement des jardins, spontané dans les bois des Ardennes (Lej., Rouc.). Les anciens nous ont laissé sur ce végétal les idées les plus sinistres. Jules-César, dans ses *Commentaires*, dit que Cativulcus, roi des Ebroniens, s'empoisonna avec le suc d'if. Pline et Rucillius affirment que le vin contenu dans des tonneaux de ce bois, causa quelquefois la mort à ceux qui en prirent. Son suc servait aux Gaulois pour empoisonner leurs flèches, d'après Strabon. Quant aux fruits de l'if, leur propriété vénéneuse a été révoquée en doute par Théophraste, Lobel, Gerard, Percy, etc. Plusieurs personnes de ma connaissance m'ont assuré avoir mangé ce fruit en abondance bien des fois sans éprouver le moindre inconvénient.

FAM. DES RENONCULACÉES. (JUSS.)

Actée en épis, *Actea spicata*, L., dans tous les bois ombragés des environs de Spa (Lej.); les bois humides de la Flandre orientale (Ch. Vanh.). Linnée dit que les baies de cette plante ont suffi pour exciter chez un individu qui en avait avalé, un délire furieux suivi de la mort, et Colden confirme ce fait. Ce dernier même avance que l'ingestion de la teinture de sa racine peut causer un malaise marqué et des sueurs froides (1). Cependant au rapport de M. Orfila la décoction de cette plante ne serait point vénéneuse.

POISONS NARCOTICO-ACRES.

FAM. DES RENONCULACÉES. — TRIB. HELLEBORÉES. (DEC.)

Aconit tue-loup, *Aconytum lycoctonum*, L., dans les bois ombragés, près de Verviers, Ensival, Pipinster, Malmedy (Lej.); dans les bois des environs de Liége, où je l'ai rencontré.

Aconit intermédiaire, *Ac. intermedium*, Dec., dans les marais (Tinant, Lej.). Les qualités malfaisantes des aconits ont été connues dès la plus haute antiquité; Médée, au dire d'Ovide, en fabriquait ses poisons; les sauvages en empoisonnaient leurs flèches; on punissait de mort avec l'aconit comme avec la ciguë chez plusieurs nations anciennes.

Hellebore noire, *Helleborus niger*, L., sur les montagnes, près de Malmedy, dans les prairies près de Theux, dans les bois d'Eupen, de Forêt, de Soigne, de Leuze, de Grandmetz, de Ligne, de Bauffe, ceux de la Flandre orientale (Lej., Kickx, Rouc., Hocq., Vanhor.)

Hellebore fétide, *Helleborus fœtidus*, L., dans les environs de Sougnez, d'Aiwaille, de Comblain-au-Pont, entre Huy et Namur (Lej.); près de Chimay (Hocq.), et dans les bois de la Flandre orientale (Ch. Vanh.).

Les racines de ces trois espèces d'hellebore sont très-vénéneuses.

(1) *Acta Upsal*, 1743, p. 132.

FAM. DES COLCHICÉES. (BATSCH.)

Colchique d'automne, *Colchicum autumnale*, L., à Havré, Beaumont, Calonne (Hocq.); près de Vilvorde et dans les prairies à Anderlecht (Kickx); très-fréquent dans les prés de la Flandre orientale (Mussche). Les anciens, Dioscoride, Galien, Pline et les modernes ont également reconnus les propriétés délétères de ce végétal. En 1762 les deux fils d'un forgeron, près de Bar-sur-Aube, faillirent périr pour avoir mâché seulement la racine de colchique; Vicat rapporte (1) que des enfans d'un village des environs de Berne, moururent pour avoir mangé des graines de cette plante; Garidel a vu mourir un homme pour avoir mangé trois à quatre fleurs de ce végétal.

FAM. DES SOLANÉES. (JUSS.) — TRIB. CAPSICÉES. (DUM.)

Belladone, *Atropa belladona*, L., dans les bois montueux près de Malmedy, Spa, Verviers, Nissonvaux (Lej.); dans les environs de la Boverie, à Liége, où je l'ai rencontrée; près de Boitsfort, au bord du bois (Kickx); dans la forêt de Soigne, du côté de Tervueren et de Terulpen et vers Groenendal (Rouc.); dans les bois montueux de la Flandre orientale et vers Rance dans le Hainaut (Hocq.). On cite dans les auteurs de nombreux exemples d'empoisonnemens par la belladone : Bulliard a rapporté le fait de 14 enfans qui s'empoisonnèrent au jardin du roi, en 1773, avec les baies de cette plante (2). Buchanam dit que les Danois ayant envahi l'Ecosse, les habitans de cette contrée mêlèrent du suc des fruits de belladone à la boisson de leurs ennemis. Ceux-ci tombèrent dans un sommeil léthargique pendant lequel ils furent massacrés. Mais l'observation la plus curieuse est celle de 150 Français qui s'empoisonnèrent avec ce fruit (3).

TRIB. NICOTIANÉES. (DUM.)

Dature stramoine, *Datura stramonium*, L., assez commun dans les chemins et les décombres de plusieurs de nos provinces. Le stramoine est l'une des solanées dont les funestes propriétés sont le mieux constatées. Son odeur concentrée suffit seule pour produire des accidens. L'infusion des semences dans du vin, etc., passe pour produire facilement l'ivresse. Garidel raconte qu'une vieille femme fut brûlée à Aix, pour avoir, par le moyen des semences de stramonium, troublé la raison de plusieurs jeunes filles de bonne famille, et profité de leur délire pour les livrer à des libertins. Des voleurs se sont quelquefois servis du même moyen (4) : à Paris, une bande de filous se contentait de mêler les graines pulvérisées à du tabac, ce qui suffisait, dit-on, pour enivrer et assoupir ceux qu'ils voulaient dévaliser.

Tabac, *Nicotiana tabaccum*, L., abondamment cultivé chez nous. Les exemples d'empoisonnemens par le tabac ne sont point rares. Tout le monde se rappelle celui du poète Santeul, qui périt, dit-on, pour avoir pris un verre de vin où on avait mis du tabac d'Espagne. Au rapport de M. le professeur Ansiaux, de Liége, une dame de St.-Trond, Mme K***, périt subitement, pour avoir pris un lavement préparé avec deux onces de tabac à fumer (5). Un fait du même genre est arrivé en Angleterre (6). En 1833, une dame de Tournay, Mme H***, faillit périr pour avoir bu une infusion préparée avec la poudre de tabac qu'on avait pris pour du café.

FAM. DES SCROPHULARIÉES.

Digitale pourprée, *Digitalis purpurea*, L., assez commune dans les bois montueux de la province de Liége et de la Flandre orientale (Lej., Ch. Vanh.), dans la forêt de Soigne (Rouc.),

(1) *Hist. des plantes vénéneuses de la Suisse.*
(2) Ouv. cité, p. 260.
(3) *Journ. génér. de méd.*, t. 48, p. 335.
(4) Sauvages, nosologie, etc.
(5) *Clinique chirurg.*, 2e éd., p. 265.
(6) *Journ. de chim. méd., de pharm. et de toxicologie*, t. 3, p. 23.

à Leuze, à Chimay, à St-Denis (Hocq.). Des préparations de digitale à hautes doses, sont des poisons violens. Un herboriste de Londres ayant donné six onces de décoction de cette plante, le malade mourut 22 heures après son ingestion (1). J'ai vu un enfant de douze ans avoir des vomissemens de sang, des coliques affreuses, et périr pour avoir pris par mégarde un gros de teinture de digitale.

FAM. DES OMBELLIFÈRES. (JUSS.)

Grande ciguë, *Cicuta major*, Lam., *Conium maculatum*, L., dans les haies et les décombres; elle n'est pas très-commune; je l'ai trouvée à Hacquegnies, près du Balcon et sur le cimetière de Maulde (Hainaut).

La grande ciguë est considérée généralement comme ayant constitué le breuvage empoisonné dont on se servait à Athènes pour faire périr ceux que l'aréopage avait condamnés à mort. Ce genre de supplice est consacré dans l'histoire par de grands souvenirs, le courage de Phocion et la noble résignation de Socrate. Dans l'île de Ceos une loi obligeait de donner la ciguë à ceux qui passaient 60 ans, afin que les autres trouvassent de quoi se nourrir (2).

Ciguë vireuse, *Cicuta virosa*, L., dans les prés marécageux et stériles de la Flandre orientale (Mussch.), dans la châtellenie de Termonde, du côté d'Anvers (Rouc.), et dans les fossés de la Campine (Lej.). Cette plante est un poison plus énergique encore que l'espèce précédente. On a cru, Haller, Bulliard, surtout, que cette ciguë était celle qui fit périr Socrate et Phocion. La chose est impossible, car elle ne croît point dans le Péloponèse, comme on le voit par la flore de la Grèce de Sibthorp, où il est dit que la grande ciguë est au contraire très-commune autour d'Athènes (3).

Petite ciguë, *Æthusa cynapium*, L., dans les champs et les lieux cultivés, etc. Cette plante, à cause de sa ressemblance avec le persil, a causé de nombreux empoisonnemens. Vicat a vu un enfant de six ans périr six heures après en avoir mangé (4). On lit dans les mémoires de la Société royale de Montpellier, l'histoire de presque toute une famille qui fut empoisonnée pour avoir mangé une farce où il y entrait de la petite ciguë qu'on avait pris pour du persil.

Phellandre aquatique, *Phellandrium aquat.*, L., dans les fossés de la Campine, de la Flandre orientale (Mussche, Lej.), des environs de Bruxelles (Kickx), d'Ath, d'Alost (Hocq., Rouc.). Le phellandre est une plante très-suspecte. Ses effets ne sont pas constatés par des observations assez exactes pour qu'on puisse bien les apprécier; mais tout porte à croire qu'ils se rapprochent de ceux de la grande ciguë.

Ænanthe safranée, *Ænanthes crocata*, L., dans les marais près d'Anvers. C'est un des poisons végétaux indigènes les plus redoutables. On cite dans les auteurs de nombreux exemples de ses effets terribles. L'observation suivante nous paraît l'une des plus propres à donner une juste idée de ses effets délétères : « Le 15 messidor an 10, on apporta à l'hospice principal de la marine de Brest, les cadavres de trois soldats belges. Ces malheureux trompés par la ressemblance qui existe entre la racine d'ananthe et celle d'une plante dont ils usent dans leur pays en mangèrent en grande quantité et succombèrent en moins d'une heure (5).

Ænanthe fistuleuse, *Ænanthes fistulosa*, L., dans les eaux stagnantes des environs de Spa (Lej.), vers Tournay, Ath (Hocq.), dans les marais de la Flandre orientale (Mussche), dans les fossés de prairies, près Mon-plaisir (Kickx), dans les marais de la Flandre occidentale et de la province d'Anvers (Rouc.). Cette plante ne paraît pas devoir être moins vénéneuse que la précédente. De 17 soldats qui en mangèrent les racines, trois périrent, au rapport de Vacher (6).

(1) *Bull. des sc. méd.*, par Ferussac; janvier 1828, p. 61.
(2) Tournefort, *Voyage*, t. 2, p. 13.
(3) *Flor. Greciæ*, t. 1, p. 187.
(4) *Plantes vénéneuses de la Suisse*, p. 233.
(5) Duval, *Dissert. inaugur.*
(6) *Acta Helvet.*, t. 4.

TRIB. SCANDICINÉES. (DUM.)

Cherophylle des bois, *Chœrophyllum sylvestre*, Hoffm., dans les bois et les endroits ombragés. On doit être en garde contre ce végétal qui passe pour très-délétère.

Cherophylle penché, *Chœrophyllum temulum*, L., dans les haies. On accuse ce végétal de produire l'ivresse, des vertiges, etc.

Cherophylle bulbeux, *Chœrophyllum bulbosum*, L., très-abondant, près la Chapelle St.-Landerik, dans les environs de Koningsloo (Kickx). Cette plante est dangereuse, au rapport de Haller.

FAM. DES PRIMULACÉES. (VENT.) — TRIB. ANAGALLIDÉES. (DUM.)

Mouron rouge, *Anagallis arvensis*, L., dans les lieux cultivés et les champs. D'après les expériences de M. Orfila (1) trois gros d'extrait de mouron rouge suffisent pour donner la mort à un chien. Le docteur Angelot, de Grenoble, a vu une superpurgation extraordinaire produite par huit onces de suc de cette plante (2). M. Gronier a fait prendre à des chevaux d'assez fortes doses de décoction de ce végétal, et il a presque constamment observé un tremblement des muscles du train postérieur, de ceux de la gorge, et un flux abondant d'urine (3).

FAM. DES ASARINÉES. (KUNTH.) — TRIB. ARISTOLOCHIÉES. (DUM.)

Aristoloche clématide, *Aristolochia clematitis*, L., dans les lieux pierreux, entre Bilsen et Hasselt (Lej.); dans les environs de Louvain, de Bruxelles, d'Alost, de Gand (Rouc.); à Bain, Nimy, Baudour (Hocq.); dans les bois de la Flandre orientale (Mussche). M. Orfila a fait périr des chiens en leur donnant 5 grains d'abord, et 9 au bout d'un jour ou deux d'extrait d'aristoloche (4)

FAM. DES APOCYNÉES. (ADANS.) — TRIB. ASCLEPIADÉES. (DUM.)

Dompte-venin, *Asclepias vincetoxicum*, L., dans les bois secs et montueux, dans les fentes des rochers, etc. M. Orfila a administré cette plante à des chiens, qui sont morts deux ou trois jours après avec l'estomac enflammé (5).

FAM. DES EUPHORBIACÉES. (JUSS.) — TRIB. PARONYCHIÉES. (DUM.)

Mercuriale vivace, *Mercurialis perennis*, L., dans les bois ombragés de la province de Liége (Lej.), de la Flandre orientale (Mussche); dans la forêt de Soigne (Kickx); dans le Hainaut, à Bonsecours, à Erbaut, etc. (Hocq.). Sloane (6) assure avoir vu ce végétal causer des selles, des vomissemens, une chaleur brûlante, de l'assoupissement, des convulsions et la mort.

FAM. DES GRAMINÉES. — TRIB. TRITICÉES. (DUM.)

Ivraie, *Lolium temulentum*, L., dans les pâturages et sur le bord des champs. Les graines de cette plante ont une saveur âcre qui communique au pain et à la bière dans lesquels elles sont mêlées des propriétés malfaisantes. Un homme qui mangea du pain fait avec les 4/5 d'ivraie mourut le quatrième jour à la suite de coliques violentes (7).

FAM. DES SYNANTHERÉES. (CASS.) TRIB. JACOBÉES. (DUM.)

Doronic-mort-aux-panthères, *Doronicum pardalianches*, L., dans les bois de la montagne

(1) Ouv. cité, 2e part., p. 275.
(2) *Acad. roy. de méd.*, 18 mars 1826.
(3) *Dict. des sc. méd.*, t. 34, p. 426.
(4) Ouv. cit., t. 2, p. 277.
(5) Ouv. cité, 2e part., p. 97.
(6) *Essai d'Edimb.*, p. 228.
(7) *Mém. de la Soc. roy. de méd.*, 1777, p. 295.

de St-Pierre (Lej.), les bois montueux de la Flandre orientale (Ch. Vanh.), et de la province du Hainaut (Voisin). Costusus et Dissenius affirment que des hommes et des chiens ont succombé à l'action de cette plante, et Mathiole assure avoir fait périr un chien au moyen de ce végétal (1).

FAM. DES CRUCIFÈRES. (JUSS.) TRIB. RAPHANISTRÉES. (DUM.)

Ravenelle des moissons, *Raphanus raphanistrum*, L., dans les moissons. Linné dit que les graines de ravenelle mêlées parmi le froment, et surtout parmi l'orge et le seigle, ont occasionné des épidémies cruelles en Suède et en Allemagne (2).

FAM. DES CHAMPIGNONS. (JUSS.)

Agaric-tue-mouche, *Agaricus muscarius*, L., dans les bois de Linthout, Vorst, etc. (Kickx); très-commun dans les deux Flandres, la province d'Anvers, etc. (Rouc.) Ce champignon est un des plus dangereux poisons que nous ayons en Belgique. Bulliard l'a essayé plusieurs fois sur des chats et des chiens; il les tue constamment et dans l'espace de six à dix heures (3).

Agaric bulbeux, *Agaricus bulbosus*, L., dans les bois et les prés couverts des deux Flandres, du Brabant méridional, et de la province d'Anvers (Rouc.); dans les bois du Hainaut (Hocq.). M. Paulet à qui nous sommes redevables d'un excellent mémoire sur le champignon, dit qu'un animal à qui l'on en donne un seul gros, est environ dix heures sans rien éprouver; qu'au bout de ce temps il éprouve des faiblesses, pousse des cris plaintifs, a des vomissemens, que bientôt il ne peut plus se soutenir, tremble sur ses pieds, se couche, tombe dans l'assoupissement et meurt.

Agaric printannier, *Agaricus vernus*, L., dans les environs d'Esen, dans les prés (Kickx). Cette espèce ne paraît pas moins dangereuse que la précédente.

Agaric styptique, *Agaricus stypticus*, Bull., dans les bois en automne et en hiver sur les troncs d'arbres coupés transversalement (Hocq.). Cette espèce dont la saveur est âcre et astringente, passe pour très-vénéneuse.

Agaric à dents de peigne, *Agaricus Pectinaceus*, Bull., dans les bois à Belœil (Hocq.). Sa saveur est âcre et brûlante, il passe pour être très-dangereux.

Agaric meurtrier, *Agaricus necator*, Bull., à Belœil (Hocq.). On le dit extrêmement vénéneux, mais d'après MM Picco, Letellier et Persoon il ne le serait pas.

Agaric couleur de soufre, *Agaricus sulfureus*, Bull., constamment à terre. Il a l'odeur et le goût du chenevis pourri. Il passe pour vénéneux.

Agaric annulaire, *Agaricus annularis*, Bull., dans les bois, au pied des vieux troncs, par groupes quelquefois de 40 à 50 individus (Hocq.). Ce champignon est très-vénéneux. Il a fait périr, douze heures après son ingestion, un chien de moyenne taille.

Agaric à verrues, *Agaricus verrucosus*, Bull., dans les bois près d'Ath. Ce champignon, l'un des plus pernicieux, a occasionné de fréquens empoisonnemens.

Les vesses de loup, *Lycoperdon*, qu'on rencontre sur la terre, sous terre, sur les bois morts, se mangent en Italie, avant leur développement, lorsque leur chair n'est pas transformée en poussière, selon Picot et Paulet (4). Plus tard, celle-ci qui est âcre, cause de la cuisson, de l'inflammation, si elle est portée dans les yeux, d'après Bulliard, qui ajoute que prise à l'intérieur elle serait mortelle.

Seigle ergoté, *Sclerotium clavus*, Dec., sur les épis du seigle, particulièrement dans les lieux qui avoisinent les marais et les bois, durant les années humides et pluvieuses. C'est à la présence du seigle ergoté dans le pain, qu'on s'accorde généralement à attribuer les épidémies de 1596, dans la Hesse, de 1749, en Flandre et dans l'Artois, de 1764, autour d'Arras et de Douai. Il faut que l'ergot soit assez abondant dans le pain pour produire des accidens

(1) *Comment. sur Diosc.*, liv. 4, c. 73.
(2) *Amanit academ.*
(3) Ouv. cité.
(4) *Traité des champs*, p. 440.

En 1831, je remarquai que cette production était très-abondante dans les seigles des environs d'Antoing, et cependant personne que je sache, n'éprouva cette année des accidens analogues à ceux de l'ergotisme.

Sclerotium fasciculatum, Schumach., sur les feuilles du chêne. Cette cryptogame est un véritable poison pour les porcs lorsqu'ils mangent les feuilles tombées, au rapport de Jacquin fils.

Uredo inconstans, March. (1), habite les graminées et les cyperacées.

Uredo syngenesiæ, March., sur la partie inférieure des feuilles de la syngenesie.

Uredo albuginea, March., sur différentes plantes, surtout sur les crucifères, dont elle envahit quelquefois la feuille des deux côtés.

Puccinia potentillarum, March., sur plusieurs espèces de potentille.

Puccinia graminis, Dec., sur toutes les parties des graminées.

Pucciniola diadelphia, March., sur les différentes légumineuses.

Accidum confertum, Dec., sur les feuilles de la renoncule ficaire, des violettes, etc.

Erysiphe pisi, Dec., sur les tiges, les pétioles, et les feuilles du *pisum sativum et arvense*.

Erysiphe heraclei, March., sur les feuilles de l'*heracleum spondylium*.

Xyloma cruciferarum, March., sur les crucifères.

Xyloma virgæ aureæ, March., à la face inférieure des feuilles du *solidago virga aurea*.

Il résulte des observations et des expériences de MM. Numan et Marchand que les dix cryptogames que nous venons de citer, communiquent des propriétés très-dangereuses aux fourrages de nos bestiaux, et qu'elles ont plus d'une fois occasionné la maladie charbonneuse chez différens animaux domestiques (2).

Quelques-unes des plantes parasites que nous venons de citer, ont été considérées comme dangereuses dès la plus haute antiquité. Nous lisons dans l'Ecriture sainte (3) que Moïse déjà menaçait les Israélites de la rouille, *uredo inconstans. m.*, s'ils n'obéissaient pas à la parole du Seigneur. Les Grecs regardaient la rouille comme une punition du ciel (4). A Rome, le *deus rubigus* fut adoré parmi les dieux protecteurs de l'agriculture, dont on implorait la faveur pour préserver les arbres et les céréales de la rouille (5). Galien a parlé des mauvais effets de la nielle, *uredo carbo*, Dec., dont il défend l'usage aux boulangers (6).

Moisissure, *Mucor mucedo*, L., commune sur les herbes et les substances fermentescibles. Je pourrais citer des faits nombreux qui prouvent les dangereux effets de cette production cryptogamique, mais l'observation suivante nous paraît l'une des plus propres à donner une juste idée de ses effets délétères. Le fils de M. X** se trouvait à Paris, pour faire ses études en médecine. Un jour qu'il était occupé dans les salles de dissection, il vit sur une planche un morceau de pain tout moisi. Il paria, avec un de ses camarades, qu'il serait assez hardi de manger ce pain gâté; l'autre accepta le pari; le jeune homme imprudent le fit; le jour suivant il se trouva indisposé, traîna quelque temps une vie languissante et finit enfin, victime de sa témérité déplacée, sa carrière à la fleur de son âge. Ses médecins reconnurent unanimement le pain moisi pour la cause de sa mort.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

JOURNAL DE L'INSTITUT HISTORIQUE DE FRANCE. *Ire année, livraisons I à III.* — Paris, à l'administration de l'Institut historique, rue des Saints-Pères, n° 14.

L'Institut historique fondé à Paris le 24 décembre 1833 et constitué le 6 avril 1834, est

(1) *Conspect. flora cryptogam. magni ducatus Luxemburg.*

(2) Propriétés nuisibles que les fourrages peuvent acquérir pour différens animaux domestiques par des productions cryptogames.

(3) Deuteronome, ch. 28, t. 12.

(4) *Theophrasti hist. pl.*, cap. x, *de vitiis frug. et bestiolis nocentibus.*

(5) *Virg. Georg.*, lib. 1, p. 150.

(6) *De alimenti facult.*, lib. 1, cap. 37.

déjà avantageusement connu dans le monde savant. Cette société, dont nous avons précédemment fait ressortir le but d'utilité (1), compte dans son sein les hommes les plus marquans de l'époque, et elle s'est adjoint pour chaque spécialité et comme membres correspondans, des savans de tous les pays. Le but de son institution est d'encourager, diriger et propager les études historiques en France et à l'étranger; elle fait rechercher au dedans et au dehors les documens qui peuvent jeter quelque lumière sur une époque ou sur un fait historique peu connu et les publie en entier ou par extraits.

Trois numéros de son journal ont paru, et les articles qu'ils renferment justifient l'opinion favorable que nous avions conçue de l'établissement de cette nouvelle institution scientifique. Ce recueil est divisé en cinq parties : 1° exposition et discussion générale des doctrines historiques ; 2° revue critique des ouvrages historiques, français et étrangers ; 3° extrait des procès-verbaux des séances, correspondance, mémoires en partie ou en totalité ; 4° chronique ; 5° bulletin bibliographique.

La médecine, qui est représentée dans la *classe des sciences physiques et mathématiques* n'a rien produit jusqu'ici ; nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des travaux qui pourront les intéresser et qui ne manqueront pas par la suite, à en juger par les célébrités médicales dont les noms figurent sur la liste des membres de la 4e classe.

Dr M.....

VARIÉTÉS.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Empoisonnement par le sublimé corrosif délivré par erreur au lieu du calomel.— Jugement du tribunal de Louvain.

Le 6 mai 1834, M. le docteur Seutin prescrivit l'ordonnance suivante, pour un jeune enfant malade depuis quelques jours :

R. muriat. hydrarg. gr. iij.

Ce que l'on peut traduire par ces mots : *Muriate de mercure*, 3 grains. Le pharmacien met dans un paquet non étiqueté 3 grains de sublimé corrosif, les porte chez le malade et les remet au docteur Seutin lui-même sans lui faire la moindre observation. Celui-ci délaye la poudre dans un peu de sirop de gomme et d'eau et la fait avaler à l'enfant, qui bientôt après présente les symptômes les plus alarmans, et meurt malgré tous les secours de l'art. Des poursuites judiciaires ont lieu contre le médecin et contre le pharmacien, et le tribunal de Bruxelles déclare qu'il n'y a pas lieu à accusation. Sur l'appel de M. le procureur du roi, l'affaire fut renvoyée devant le tribunal de Louvain pour y être plaidée.

Les débats de cette malheureuse affaire sont d'un trop grand intérêt pour les praticiens; la question qu'ils ont soulevée touche de trop près à la responsabilité médicale pour que nous nous abstenions d'en entretenir nos lecteurs et de présenter à cette occasion les réflexions qu'ils nous ont suggérées.

Voici le texte du jugement rendu par le tribunal de Louvain.

» Le tribunal, attendu qu'il est établi par l'instruction que le 6 mai dernier, le docteur » Seutin donna pour l'enfant malade de M. Demeure-Corbisier, à St-Josse-ten-Noode, une » recette conçue en ces termes :

R. Muriat. Hydrarg. G. III.
Dt
Le 5 mai 1834. (Signé) D. Seutin.

» Que le pharmacien Verbist, a qui la recette fut remise, plaça trois grains de sublimé

(1) Voir le numéro de mai du *Bulletin médical belge.*

» corrosif dans un premier papier qu'il enveloppa d'un second, porta lui-même le paquet chez » M. Demeure, où il le remit au docteur Seutin, qui le reçut à la hâte et en administra lui- » même le contenu à l'enfant lequel mourut peu de temps après par suite des effets du poison.

» Quant au docteur Seutin,

» Attendu que dans sa recette il n'a pas suivi la pharmacopée générale introduite dans ce » pays par l'arrêté du 21 avril 1821, et approuvée par la loi du 12 juillet suivant, la seule » obligatoire en Belgique, suivant laquelle les mots *murias hydrargiri*, d'après les dépositions » unanimes des témoins, ne peuvent jamais désigner le *mercure doux* ou *calomel*, mais bien, » d'après quelques-uns du *sublimé corrosif*, et cela même sans l'adjonction des lettres *Bat.* » ou *E.*

» Attendu qu'employer des termes pouvant amener d'après cette pharmacopée la remise » d'un poison au lieu d'un remède quand il était si facile de s'exprimer plus clairement, con- » stitue une imprudence, une inattention.

» Quant au pharmacien Verbist,

» Attendu qu'en délivrant ce poison il ne s'est pas conformé à l'art. 6 de l'instruction en vi- » gueur pour les apothicaires approuvé par arrêté royal du 31 mai 1818, défendant de déli- » vrer du poison sans fermer et cacheter le paquet qui le contient et sans y indiquer claire- » ment le nom du poison ainsi que les mots *poison violent.*

» Attendu que négliger ces précautions constitue également une imprudence, une inattention.

» Et quant aux deux prévenus.

» Attendu qu'un peu de prudence et d'attention de la part du médecin ou du pharmacien » eût empêché la délivrance ou l'administration du poison à l'enfant: qu'ainsi l'un aussi bien » que l'autre a été involontairement cause de sa mort, que par suite la disposition générale de » l'article 309 du code pénal leur est applicable à tous deux;

» Attendu qu'il existe dans l'espèce des circonstances atténuantes et qu'il n'y a pas de pré- » judice pécuniaire ou matériel, quoique le préjudice moral ou d'affection soit inappréciable.

» Le tribunal,

» Faisant application des articles 319, 463, 52 et 55 du code pénal, et de l'art. 194 du » code d'instruction criminelle, dont lecture a été faite par M. Nelis, président, et qui sont » conçus comme suit, etc, condamne Louis-Joseph Seutin et Urbain André Verbist, chacun » à une amende de 100 francs et aux frais, le tout solidairement et par corps. »

Le pharmacien en délivrant sous le nom de muriate de mercure du *sublimé corrosif*, n'a rien à se reprocher, nous dit-on, car il n'a fait que suivre à la lettre l'esprit de la pharmacopée qui désigne dans les synonymies les mots *muriate de mercure* comme se rapportant au sublimé corrosif. Seulement il lui eut fallu un peu de prudence; il a manqué à la loi en omettant de cacheter et d'étiqueter le paquet contenant le poison.

Ainsi, dans le sens que vous y attachez, le pharmacien serait tout bonnement une espèce de machine qui doit exécuter ponctuellement tout ce que dit et ordonne la pharmacopée, assemblage informe dont nous a doté le gouvernement déchu, rédigé par des hommes à grandes prétention et qui avaient plutôt en vue leurs intérêts personnels que ceux de la science. Loin d'être un *codex* propre à éviter les erreurs et mis au niveau des progrès de la chimie moderne, c'est un véritable dédale où l'on a de la peine à se reconnaître. Le gouvernement lui-même a reconnu la nécessité de refondre ce travail gothique qui semble avoir été fait pour d'autres temps d'autres lieux: une commission a été chargée de rédiger une nouvelle pharmacopée plus en harmonie avec l'état actuel de la science. Puisse-t-elle atteindre le but qu'elle se propose!

La loi, de la manière qu'on l'interprête, est en contradiction avec elle-même: elle impose à celui qui se destine à la profession de pharmacien l'obligation d'acquérir des connaissances profondes en chimie, en pharmacie, etc.; et, dès qu'il a obtenu son grade, on voudrait lui ordonner de suivre aveuglement les mauvaises conceptions de nos faiseurs de pharmacopées! Ce ne peut être là l'esprit de la loi, et ceux qui l'interprêtent ainsi se trompent évidemment.

En effet, si la science était venue au secours de la *pharmacopée* dans le cas dont il s'agit, il est probable que le triste accident qu'on a eu à déplorer ne fut pas arrivé. Si, au lieu de se

jeter à corps perdu sur la *pharmacopée*, le pharmacien, avec une mémoire heureuse, se fut rappelé qu'en chimie aussi on donne le nom de muriate de mercure à un corps qui jouit de propriétés toutes autres, le *calomélas*, il eut certainement hésité à donner du sublimé corrosif, et il se fut transporté chez le médecin qui avait prescrit l'ordonnance afin d'éclaircir ses doutes. Ainsi, si nous consultons le *Système des connaissances chimiques* du célèbre Fourcroy qui, de concert avec Lavoisier, Guyton-Morveau, etc., tous hommes que l'Europe vénère encore aujourd'hui, fut appelé à jeter les bases d'une nomenclature chimique, nous voyons que le célèbre médecin-chimiste nomme muriate de mercure, le *mercure doux*. Et cependant quelle distance de cet homme célèbre à nos savans pharmacologues !

Si, à défaut de Fourcroy, nous ouvrons quelque autre ouvrage français, par exemple, le *Dictionnaire des drogues simples et composées*, par MM. Chevallier, Richard et Guillemin, nous remarquons au mot *proto-chlorure de mercure*, qu'il a pour synonyme celui de *muriate de mercure*. A l'article *Calomelas* du *Dictionnaire de médecine*, nouvelle édition, tome 6, du *Répertoire général des sciences médicales au XIXme siècle*, on trouve encore comme synonyme de ce mot, le nom de *muriate de mercure*. Nous pourrions multiplier ces citations en rappelant les opinions de Thomson, Chaptal, Pelletan, Swediaeur, etc., qui appliquent au mercure doux la même dénomination. N'avons-nous pas le droit de nous plaindre de ce que les auteurs de la *Pharmacopée belge* n'ont pas mis la même exactitude que les savans à rapporter toutes les synonymies qui se rattachent à chaque corps, quand on pense que la substance qui nous occupe en a 14 à 15 différentes. Quelques-unes seulement y sont citées. On eut cependant évité bien des abus en usant de cette précaution.

Enfin, puisque dans le cas dont il est ici question on semble invoquer sans cesse la pharmacopée, j'ajouterai, sans crainte d'être démenti, que le médecin n'a rien demandé au pharmacien, si l'on s'en rapporte à la nomenclature de la pharmacopée, puisqu'il y a omission d'un mot dans l'ordonnance, soit *protoxide*, soit *deutoxide*.

Je demanderai si le médecin est tenu de connaître à fond la pharmacopée en usage dans le royaume. Les considérans du jugement tranchent cette question par l'affirmative. La loi se tait à cet égard. Je doute cependant que la pharmacopée entre comme objet essentiel dans l'enseignement médical de nos universités. De semblables erreurs peuvent donc se reproduire à chaque instant. Pour obvier aux accidens qu'elles peuvent entraîner ne serait-il pas convenable de s'abstenir du langage chimique appliqué aux formules et de conserver les anciens noms aux substances qui en possèdent plusieurs et pouvant donner lieu à ambiguité dans les termes (1)? Ou ne vaudrait-il pas mieux, à l'exemple de ce qui se pratique en Prusse, d'imposer au médecin l'obligation de mettre sur l'ordonnance un signe convenu, lorsqu'il veut prescrire un médicament dangereux, ce qui est un indice certain qu'il ne s'est pas trompé en écrivant, et met la responsabilité du pharmacien à couvert? Il serait encore plus convenable que le médecin qui prescrit une substance délétère à une dose un peu élevée, indiquât la quantité en toutes lettres, soulignât le nom du médicament et le répétât au bas de l'ordonnance par un renvoi en ajoutant ces mots : *Je dis* (*telle substance*). De cette manière, ainsi que le fait observer le rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, son attention serait portée deux fois sur le même objet, et l'erreur qu'il aurait pu commettre par la rapidité de l'écriture, serait aperçue.

Mais revenons au jugement qui fait le sujet de cet article.

« *Attendu que dans sa recette il* (le docteur Scutin) *n'a pas suivi la pharmacopée générale introduite dans ce pays par l'arrêté du* 21 *avril* 1821, *et approuvée par la loi du* 12 *juillet suivant, la seule obligatoire en Belgique*, etc..... »

Aux termes de la loi qu'on invoque, la pharmacopée belge ne concerne que les pharmaciens et les officiers de santé du plat-pays, qui sont autorisés à préparer et délivrer des médicamens à leurs malades. Le docteur ne peut être tenu de prescrire suivant la pharmacopée; et s'il a, par exemple, acquis son grade long-temps avant l'époque de l'introduction de ce codex, il peut avoir conservé l'habitude de prescrire du muriate de mercure pour du calomel, comme on le faisait

(1) Voici ce que dit M. le professeur Kluyskens, dans sa *Matière médicale pratique*, en parlant du *mercure doux*, tome 1, page 172. « Calomel (nom absurde, mais qu'on devrait conserver sous le rapport médical, parce qu'il n'est pas sujet à induire en erreur)..... »

au temps de ses études médicales, en omettant de citer la pharmacopée dont il fait usage ou l'auteur qui lui sert de guide. C'est au pharmacien dans ce cas à s'entourer des lumières de la science qu'il doit avoir acquise, et s'il conçoit le moindre doute, il doit s'en référer au médecin. Dans le cas dont il est ici question, il doit savoir que le mot *murias hydragiri* ayant été donné à deux corps jouissant de propriétés très-différentes, il ne peut de sa propre autorité trancher la question. Il devrait aussi se rappeler que le mercure doux est ordinairement administré en poudre, tandis que le sublimé corrosif l'est presque toujours en dissolution et jamais à cette dose. La plupart des pharmaciens entendus dans cette affaire ont déclaré qu'ils auraient donné du mercure doux; et, en effet, puisqu'il existe deux *muriates de mercure*, la prudence exigerait, si on concevait le moindre doute, de donner de préférence le moins actif et le moins dangereux de ces deux sels. C'est aussi l'opinion de M. Julia de Fontenelle, qui a rédigé un mémoire fort étendu sur cette affaire et dont les conclusions sont « que le docteur Seutin n'a commis ni faute, ni erreur en formulant comme il l'a fait; seulement il eût mieux fait, par précaution, d'ajouter aux mots *murias hydrargiri* celui de *dulci*, afin de n'être pas exposé à un de ces *quiproquo* d'apothicaires qui n'arrivent que trop souvent dans tous les pays. »

Rappelons ici que le docteur Seutin en faisant usage de la dénomination de muriate de mercure sans désigner à la suite le nom des auteurs ou la pharmacopée qui l'ont adoptée, ne s'est pas conduit autrement que la pharmacopée belge elle-même. Exemple : on remarque dans cet ouvrage, au corps qu'il nomme *murias deutoxidi hydrargyr*, la synonymie suivante sans noms d'auteurs ou d'ouvrages quelconques : *mercurius sublimatus corrosivus*. Pourquoi les auteurs de la pharmacopée se sont-ils comportés de cette manière? La raison en est simple: c'est parce qu'il est admis dans les ouvrages scientifiques, comme dans toute espèce de formule pharmaceutique, que lorsqu'un corps a reçu un nom presque généralement admis, on se dispense de rapporter à la suite de la synonymie le nom des auteurs; tandis que si une synonymie a été créée par un ou deux auteurs, et qu'alors on veuille en faire usage, on se trouve dans l'obligation de les citer afin d'être compris.

Les auteurs de la pharmacopée belge n'ignorant pas que les mots *murias hydrargyri* avaient été donnés à une certaine époque presque généralement au *calomel*, se sont vus forcés, pour établir une distinction entre le muriate généralement admis et celui de la pharmacopée batave, de mettre à la suite de celui-ci les initiales des ouvrages où ils ont rencontré cette synonymie; cette précaution a été poussée tellement loin que, à la table même, on a mis les initiales, pour éviter toute interprétation.

Donc, le docteur Seutin ne s'est pas comporté autrement pour désigner le calomel, que ne l'ont fait les auteurs de la pharmacopée à l'égard du sublimé corrosif. Si son intention avait été de demander du sublimé corrosif, et qu'il eût voulu se servir de la synonymie consacrée par la pharmacopée, il se serait comporté comme les auteurs de cette dernière.

Parmi les médecins et les pharmaciens qui se sont occupés de cette malheureuse affaire, il en est qui n'ont pas rougi, d'accuser M. le docteur Seutin comme étant coupable, par ignorance, de la méprise qui a eu lieu, puisqu'il a administré lui même le médicament à l'enfant.

Le docteur aurait dû, ont-ils dit, pouvoir reconnaître la substance, puisqu'il ne doit pas ignorer que le sublimé corrosif est très-soluble dans l'eau et que le calomel ne l'est pas. Cette accusation, il faut l'avouer, est grave, mais elle prouve d'un autre côté combien la méchanceté est elle-même souvent ignorante.

Oui, le sublimé corrosif est soluble et très-soluble dans l'eau, tandis que le calomel est insoluble.

Mais raisonnons cette action chimique et voyons si l'on peut si légèrement accuser. Le docteur reçoit des mains du pharmacien le médicament, il s'empresse, aussitôt la réception, de se porter au lit de la malade, place le médicament conjointement avec un peu d'eau et de sirop, dans une cuiller et l'administre. Je le demande, si l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la mise dans la cuiller jusqu'à l'administration, a suffi seulement pour que la réaction de l'eau s'opère sur le sel et en exerce la solution? A-t-il eu le loisir de voir s'il y a solution? Un exemple familier nous rendra sensible ce raisonnement. Le sucre est sans contredit bien

plus soluble dans l'eau que le sublimé corrosif. Prenons une cuillerée de sucre, même réduit en poudre, jetons-le dans un verre d'eau, qu'observons-nous? que l'eau n'est pas sucrée et que le sucre s'est précipité au fond du verre. Les buveurs d'eau sucrée en ont l'expérience tous les jours et savent très-bien que la réaction ne s'opère que dans un temps donné.

D'autres ont dit que le docteur Seutin ne devait pas ignorer que les mots muriate de mercure signifient *sublimé corrosif*, parce que sa signature se trouve au bas des listes qui sont envoyées annuellement aux pharmaciens et aux officiers de santé, pour les médicamens qu'ils sont obligés de tenir, et où il est désigné sous le nom de *muriate*. Mais ignore-t-on qu'une commission médicale provinciale pour être bien organisée doit être formée de diverses sections : l'une section de médecine; l'autre section de chirurgie; les autres enfin, d'accouchement et de pharmacie. Les listes sont dressées par la section de pharmacie, qui est seule chargée de ce travail; toute la responsabilité retombe donc sur cette section, et M. Seutin comme les autres membres, signe tout bonnement de confiance, s'en rapportant à la sagacité de ses collègues.

Nous croyons avoir suffisamment fait ressortir l'absurdité du jugement du tribunal de Louvain, quant au docteur Seutin, depuis long-temps absous par les hommes qui s'occupent des sciences chimiques, seuls compétens en semblable matière. Quoi qu'il en soit, ce fait doit nous servir d'exemple. Que chaque praticien l'ait présent à sa mémoire lorsqu'il s'agit des formuler de prescriptions pharmaceutiques et qu'il s'attache surtout à les rendre claires, à éviter toute espèce d'ambiguité, qu'il s'abstienne de faire usage de termes scientifiques trop compliqués ou trop peu connus, et qui pourraient donner lieu à de funestes méprises.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

DELEAU jeune. Généralités sur le diagnostic et le traitement des surdités de naissance. 37 et 52
ALIBERT. (Clinique de l'hôpital St.-Louis). Leçon sur l'herpès furfuraceus circinatus. 39
MARX ET PAILLARD. Mémoire sur les luxations anciennes et l'époque à laquelle elles peuvent être réduites. 41
LOUYER-VILLERMAY. De la patente des médecins. 47
Réunion générale des médecins de Paris pour l'affaire du docteur Thouret-Noroy. (a).
Revue des journaux étrangers. (a).
CARRON DU VILLARDS. Considérations pratiques sur l'exploration symptômatologique de l'œil et de ses annexes. 54
Revue des journaux français et étrangers. (a).

A* JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

CHRISTOPHE. Sur l'eau comme moyen thérapeutique. 71
DECHAMBRE. Épidémie de la salpétrière (3e article). 74
PH. RICORD. Sur l'identité de la gonorrhée et de la syphilis. 78
PAILLARD ET MARX. Des fistules urinaires rénales et de leur traitement. 81
TROUSSEAU. De la quinine brute. 82
FRORIEP. Danger des abcès du col. 83
ULRICH. Mort subite par introduction de l'air dans la veine jugulaire. 84
Analyse des journaux français et étrangers. (a).

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

PHILIPS. Blépharoplastie pratiquée à l'hôpital de la Pitié par M. DIEFFENBACH. 53
» Rhinoplastie pratiquée par M. DIEFFENBACH. ib.
» Suture des intestins. 55
LABAT. Extirpation d'une tumeur squirrheuse occupant tout le côté gauche du cou, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule; opération qui a nécessité la ligature de l'artère carotide primitive de la veine jugulaire interne et la section de la huitième paire de nerfs. 57
CLOT-BEY. Apparition de l'homœopathie en Égypte. 61

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

DUFRESNE. Rapport à la société homœopathique gallicane. 67
PETROZ. Note sur le choléra. 67
CHUIT. Observation d'un cas de choléra. 69
SYMPTÔMATOLOGIE. — *Brucea antidysenterica.* 71
CRÉPU. Allocution et observation. ib.
GASTIER. Observations pratiques. 72
Analyse de l'*Organon*, seconde édition. 73

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

DUPLAY. Observations de maladies des centres nerveux, recueillies à l'hôpital de la Pitié. 151
MAX. SIMON. De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques (3e partie). 159
MÉDECINE ÉTRANGÈRE. Choix d'observations publiées par la société médico-chirurgicale d'Édimbourg. 167

O'BEIRNE. Observations et réflexions sur l'hydrocèle du cou. 174
Observations sur l'efficacité du baume de copahu dans le catarrhe de la vessie. 177

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

St.-GEORGES RAUSOL. Mémoire sur trois questions de pathologie et de thérapeutique, présenté au Congrès scientifique de Poitiers. 81
BOURJOT St.-HILAIRE. Mémoire sur les abcès symptômatiques qui accompagnent les dénudations et les caries du rachis. 88
Mixture de camphre et de muriate d'ammoniaque dans la rétention de l'urine. 96

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

CH. GÉRARD. De la maladie en général. (3e et dernier article). 135
PELLETAN (JULES). Compte-rendu de la clinique de M. le professeur BOUILLAUD. 139 et 142
PIGEAUX. Recherches sur les varices. 145
DUBRUEIL. Recherches sur quelques maladies de l'organe médullaire. 148 et 155
Revue des thèses de la faculté de Paris. 152

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Accouchement. — Quatrième présentation de l'épaule gauche avec issue du bras. — Tentatives de version inutiles. — Évolution spontanée du fœtus. 57
CULLÉRIER. (Clinique de l'hôpital des vénériens). Considérations générales sur les bubons, leurs causes, leur développement, leur marche, etc. 59
BRICHETEAU. Considérations pratiques sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'émétique à haute dose. 62
P. DUBOIS. De la version céphalique et de la version pelvienne. — Observations curieuses d'embryotomie. 63

I. GAZETTE MÉDICALE.

BAUDELOCQUE neveu. Mémoire sur les moyens de diminuer la tête du fœtus, dans les cas de forte déformation du bassin, et principalement sur le broiement. 321 et 329
HANNAY (ALEX.). Traitement des ulcères du mamelon par le nitrate d'argent. 332
MACDOWEL. Observations de fractures non consolidées, traitées par le séton. 333
FAWDINGTON. Réunion d'une fracture du col du fémur dans l'intérieur de la capsule articulaire. *ib.*
WARDROP. Traitement du *nævus maternus* par la soude caustique. 335
MARSHALL. Remarques sur la fausse mélanose des poumons. 336
LÉLUT. De la spécialité organique considérée dans les fonctions intellectuelles du corps humain. 338 et 342
MARC. Histoire d'une danse de St-Guy avec des phénomènes de ventriloquie. 341
LEACH. De quelques méthodes de traitement employées dans le rhumatisme. — Emploi du carbonate de fer. 344
NASSE. Observations et remarques pratiques. 347
1° Fièvre intermittente, *ib.* — 2° Épilepsie, *ib.* — 3° Sur les lavemens nutritifs, *ib.* — 4° Tumeurs hémorrhoïdales, *ib.*
KÆCHLING. Observations de médecine pratique. 348
1° Guérison d'un diabète sucré, *ib.* — 2° Héméralopie, *ib.* — Guérison d'amauroses, *ib.* — 3° Cas remarquable de Coryza, *ib.*
BELITZ. Quelques remarques pratiques sur la scarlatine. 349
HAUFF. Remarques et observations sur la syphilis. *ib.*
» Remarques sur une espèce de salivation spontanée. *ib.*
ELSAESSER. Observations d'hémorrhagies mortelles à la suite de la rupture d'une varice pendant l'accouchement. 350
KLETT. De la transfusion du sang. *ib.*
MOESNER. Guérison d'un cas d'hydrophobie. 351
SIGHERERDE HEILBRONN. Traitement de la gale par le savon vert. 352
HEYFELDER. Traitement de la gale par les lotions et les bains de savon ordinaire. *ib.*
PLIENINGER. Observation d'un couteau de poche avalé et rendu au bout de 36 heures sans accident. 353
VEIEL. Emploi des vésicatoires contre les ulcères de la jambe. 354
» Résection de l'extrémité inférieure du tibia. *ib.*
CIVIALE. Du spasme de l'urètre et du col de la vessie. 355
BOYER (A). Cours de clinique sur les maladies nerveuses, à l'hospice de Bicêtre, professé par M. FERRUS (Analyse). 358
1° Idiotie, *ib.* — 2° Imbécillité, 361. — 3° Démence. 362
Hallucinations. 365

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

STEUTEL. Choléra-morbus de Bilbao. 167
BÉDOR. Observation d'une masse de vésicules hydatiformes pesant 3 livres, développée dans la cavité utérine. *ib.*
ROBERT. Extirpation des os maxillaire supérieur, palatin et malaire droits affectés d'ostéo-sarcôme. 169
BAUDELOCQUE. Péritonite tuberculeuse terminée par péritonite aiguë; mort; nécropsie. 171
Quelques idées nouvelles sur la blennorrhagie urétrale chez l'homme. — Efficacité de l'eau froide dans le traitement de cette maladie. 173
RAYER. Maladie de Bright, compliquée de colique saturnine. 175
GUERSENT. Carie des premières vertèbres cervicales et dorsales; mort subite par suite de la luxation de l'occipital sur l'atlas; nécropsie. 176
CHOMEL (Ouverture du Cours de M.) De l'utilité et de l'importance des institutions cliniques. 177
BRAUZEAU. Observations de cataracte offrant des circonstances remarquables. 178
CLINIQUE DE L'HOTEL-DIEU. Ouverture du cours de M. Piorry. 179
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Leçon de M. Andral sur la gastro-entérite. 181
MONLAUD. Fracture des os du nez et du maxillaire supérieur par écrasement; perte de l'œil gauche; guérison. 183
CAZENTRE. Vice de conformation de l'iris. *ib.*

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

QUETELET. Considérations sur la théorie de la population, et expériences sur la force musculaire de l'homme aux différens âges. 55
HECKER. Mémoire sur la chorée épidémique du moyen âge. 59

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Existe-t-il des médicamens spécifiques. 117
CONSTANT. Du tænia chez les enfans et de leur traitement par l'écorce de racine de grenadier. 119
Du traitement des ulcères atoniques aux jambes avec le coton cardé. 121
Quelques préceptes sur la manière d'extraire les corps étrangers de la chambre antérieure de l'œil. 122
RICHET. De l'emploi des chlorures dans le traitement de la fièvre typhoïde. 124
ACASSAT. Observation extraordinaire d'un épi de seigle qui s'est fait jour de l'estomac ou de l'intestin vers la peau chez un enfant de trois mois. 125
Cas de morsure de vipère observé à l'Hôtel-Dieu. 126
De la gangrène de la bouche chez les enfans et de son traitement. *ib.*
Du traitement des polypes du conduit auditif et de la surdité qui les accompagne. 129
NICOD D'ARBENT. Note sur l'acide hydrocyanique médicinal. 131
Sur les préparations cyaniques. 132
Un mot sur l'éther phosphoré. 133

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

LE CANU. Observations sur les préparations d'opium en général. 69
O. HENRY. Du manioc amer et du suc de sa racine. 74
REGIMBEAU. Mémoire sur l'asparagine. 76
THÉOD. DE SAUSSURE. De l'altération de l'air par la fermentation. 79

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

YVAN ET ITARD. Suspicion d'empoisonnement, lettre, rapport et observations à ce sujet. 57
FLEUROT. Recherches historiques, chimiques, etc., sur la racine d'astragale sans tiges. 58
TRÉVET Usages médicaux de la violette ovale (*viola ovala*). 64
STEPHEN PROCTOR. Analyse de l'écorce du *Prunus virginiana*. 65
TRÉVET. Analyse du *Cimifuga racemosa*. *ib.*
LASSAIGNE. Examen chimique des feuilles de mûrier blanc. 65
JULIA-FONTENELLE. Notice sur les faux en écriture, en France, en Espagne, en Angleterre. 66
LASSAIGNE. Note sur la coagulation de l'albumine végétale. *ib.*
CHEVALLIER. Note sur le titane métallique. 67
BOUTIGNY. Note sur la coërcition des miasmes. 68
CASSOLA. Préparation de la cubibine. *ib.*
MITSCHERLICH. Note sur la benzine. *ib.*
CASSOLA. Note sur la lupinine. 69

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES. — Électricité animale, 99. — Pluie de crapauds, *ib.* — Anatomie des cétacés, 100. — Monotrèmes, 101. — Mauvaise fabrication du papier, 102. — Pluies de crapauds et de grenouilles, *ib.* — Magnétisme, 103. — Mécanique, *ib.* — Céphalopodes, 104. — Passales, *ib.* — Pluie de poissons, *ib.* — Ornithorhinques, 105. — Nouvel alcool, 106. — Hydrate de méthylène, 107. — Hydrochlorate de méthylène, *ib.* — Électricité, 108. — Ostéogénie, 109. — Fer natif, *ib.* — Insectes parasites d'autres insectes, *ib.* — Élection d'un académicien libre, 110. — Prix de l'Académie, *ib.* — Monotrèmes, *ib.* — Pluie de crapauds, 111. — Évaporation des sirops, *ib.* — Ascension au Chimborazo, 112. — Sucre de Maïs, *ib.*

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. — Croup chez les adultes, 113. — Principe actif de la salseparcille, *ib.* — Hypochondrie guérie par l'écoulement de matières grasses par les intestins, 114. — Nouvelles expériences sur le tritoxide de fer hydraté, comme contre-poison de l'acide arsénieux, 115. — Voyage chirurgical de M. Roux, en Suisse, 116. — Lithotomie, 117. — Vaccine, 118. — Luxation de l'humérus, *ib.* — Traitement des aliénés, *ib.* — Expériences sur l'irritabilité du cœur, 120. — Voyage chirurgical de M. Roux en Italie, 121. Nerfs du cœur, 123. — Localisation de la mémoire des noms dans le cerveau, *ib.* — Composition du prochain fascicule des mémoires de l'Académie, 124. — Traitement curatif des affections cancéreuses par la pâte phagédénique, du Dr. Cancoin, *ib.* — Instrumens perfectionnés en caoutchouc, 126.

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Essai sur l'emploi des antimoniaux dans le traitement de la pneumonie, par le Dr. A. Sovet. (Suite et fin.) 213

Observations pratiques sur l'homœopathie, par M. le Dr. L. Malaise. 221

Tableau analytique des plantes vénéneuses qui croissent sur le sol de la Belgique, par M. F. Dubois. (2e et dernier article.) 225

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Journal de l'Institut historique de France. 231

VARIÉTÉS.

Responsabilité médicale. — Empoisonnement par le sublimé corrosif délivré par erreur au lieu du calomel. — Jugement du tribunal de Louvain. 232